



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

## **Perfil epidemiológico de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto en el año 2018**

### **TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia**

### **AUTOR**

**Derly Mishell CALERO PRETELL**

### **ASESORES**

**Mg. Clara Margarita DÍAZ TINOCO**

**Mg. Tutty GAMBOA SICHA (Co-asesora)**

**Lima, Perú**

**2018**



**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA**

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

**BACHILLER: CALERO PRETELL DERLY MISHELL**

**CUYO TÍTULO ES: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA GESTANTE QUE NO SE REALIZA EL  
TAMIZAJE DE VIH TEMPRANAMENTE EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL LAURA  
RODRÍGUEZ DULANTO EN EL AÑO 2018.** Reunidos en la fecha, después de la sustentación y  
resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

*Bueno*

*Quince 15*

*[Firma]*  
DRA. MILENA LÓPEZ SÁNCHEZ  
C.O.P.  
PRESIDENTE

*[Firma]*  
OBST. EDITA RUMUALDA CUYA CANDELA  
C.O.P. 1266  
MIEMBRO

*[Firma]*  
MG. OBST. MARÍA LUISA TORRES CHAUCA  
C.O.P. 4186  
MIEMBRO

*[Firma]*  
MG. CLARA MARGARITA DÍAZ TINOCO  
C.O.P. 3345  
ASESOR (A)

*[Firma]*  
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
MG. CLARA DÍAZ TINOCO  
DIRECTORA

Lima, 12 de febrero del 2019

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar quiero agradecer a dios porque siempre está guiando mi camino, apoyándome en todas mi metas propuestas.

En segundo lugar quiero agradecer a mis padres Sabino Calero Castañeda y Herlinda Rosa Pretell Valencia porque siempre estuvieron con migo en cada etapa de mi vida y en cada paso que daba ;gracias por comprenderme en todo ,apoyarme siempre en cada decisión que tomaba y por siempre darme su aliento para que culmine mi carrera.

En tercer lugar agradecer a mi hermano Jason Román Calero Pretell que siempre con su bromas y ocurrencias me alentaba para seguir adelante; diciéndome que se siente muy orgulloso de mí, eso me hacía sentir con más ganas de cumplir mi meta ,que es culminar con mi carrera profesional.

En cuarto lugar quiero agradecer a mi pareja Julio Cesar Velarde López que siempre estuvo con migo en cada momento apoyándome en todo lo que podía, dándome su tiempo para ayudarme en mis trabajos, alentándome a que sea la mejor en la universidad, y siempre recordándome que soy la mejor.

En quinto lugar quiero agradecer a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por brindarme todos sus conocimientos dándome unos profesores de calidad y con mucho amor por la obstetricia.

En sexto lugar quiero agradecer a la obstetra Clara Margarita Díaz Tinoco por su conocimiento brindados en mi tesis, mi co-asesora Tutty Gamboa Sicha por la paciencia que me tuvo para corregir mi tesis y siempre brindarme sus consejos y apoyarme en todo momento.

## **DEDICATORIA**

A mis padres; que siempre estuvieron conmigo en cada etapa de mi vida y son la motivación para lograr mis metas propuestas.

A mi hermano; que es una persona muy importante en mi vida, porque él me dice que se siente orgulloso de mí y yo jamás lo defraudaré.

A mi pareja; porque siempre está conmigo en las buenas y malas dándome su apoyo y alentándome en cada paso y decisión que doy.

A las gestantes; que siempre estuvieron dispuestas a apoyarme en todo.

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b> .....	4
<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>1.INTRODUCCION</b> .....	7
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	23
2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	23
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	23
2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL.....	23
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES .....	25
2.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	26
2.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	27
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	27
<b>3. RESULTADOS</b> .....	29
<b>4. DISCUSIONES</b> .....	49
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	54
<b>6. RECOMENDACIONES</b> .....	55
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	56
<b>8. ANEXOS</b> .....	60

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Establecer el Perfil Epidemiológico de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH Tempranamente en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto en el año 2018

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de corte transversal, diseño observacional no experimental, con nivel descriptivo, que tuvo como muestra a 98 gestantes que se atienden en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto durante los meses de mayo a julio del año 2018, en aquellas que cumplieron con los criterios de selección. Se aplicó una encuesta a las gestantes previamente validado por criterio de juicio de expertos. Para el análisis se elaboró una base de datos obteniendo estadísticas descriptivas.

**RESULTADOS:** De los datos generales se obtuvo que la edad era de 20 a 35 (90,8%), estado civil eran convivientes (57,1%), ocupación eran ama de casa (74,5%), grado de instrucción secundaria completa (58,2%). Datos ginecológicos, el inicio de relaciones sexuales entre 16 a 26 años (79,6%), el número de parejas sexuales fue 1 pareja (41,8%), las prácticas sexuales fue la vaginal (83,7%), el método anticonceptivo fue ninguno (32,7%), el uso de preservativo fue a veces habiendo un empate con nunca (49%). Datos obstétricos, el número de embarazo se obtuvo de 1 a 2 embarazos (62,2%), edad gestacional se encontraba en el III trimestre (76,5%), el número de atención prenatal realizados fue más de 5 atenciones prenatales habiendo un empate con menos de 5 atenciones prenatales (49%), en el caso de las infecciones urinarias (63,3 %) si tubo, en el caso de la anemia (71,4 %) no tubo, en el caso de la pre eclampsia el (91,8%) no tubo, en el caso de amenaza de aborto el (75,5%) no tubo. Datos de conocimiento, la causa del VIH es por virus (76,5%), transmisión del VIH es por las relaciones sexuales (61,2%);sobre la realización de la prueba del Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el (53,1%) no se realizó la prueba del VIH en el primer trimestre por otros motivos (por sus hijos, por el trabajo) y sobre si recibió consejería Pre test y Post test de VIH no recibieron consejería del VIH el (51,5%).

**CONCLUSIÓN:** Las gestantes que acudieron al Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto durante los meses de mayo a julio del año 2018, conocían poco sobre la información acerca de la causa del VIH, cuales son las maneras de transmisión del VIH y por lo general no acuden a su atención prenatal cuando se enteran de su embarazo para la realización del tamizaje de VIH por motivos personales.

**PALABRAS CLAVES:** Perfil, Gestante, Tamizaje, VIH y tempranamente.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** Establish the Epidemiological Profile of the pregnant woman who is not screened for HIV Early in the Laura Rodríguez Dulanto Mother and Child Center in 2018

**MATERIAL AND METHODS:** Cross-sectional study, non-experimental observational design, with a descriptive level, which had 98 pregnant women at the Laura Rodríguez Dulanto Mother and Child Center during the months of May to July 2018, in those that They met the selection criteria. A survey was applied to pregnant women previously validated by expert judgment criteria. For the analysis, a database was developed obtaining descriptive statistics.

**RESULTS:** From the general data it was obtained that the age was from 20 to 35 (90.8%), marital status were cohabiting (57.1%), occupation was housewife (74.5%), complete secondary education degree (58.2%). Gynecological data, the beginning of sexual intercourse between 16 to 26 years (79.6%), the number of sexual partners was 1 couple (41.8%), sexual practices were vaginal (83.7%), the method contraceptive was none (32.7%), and the use of condom was sometimes having a tie with never (49%). Obstetric data, pregnancy number was obtained from 1 to 2 pregnancies (62.2%), gestational age was in the III quarter (76.5%), the number of prenatal care performed was more than 5 prenatal care having a tie with less than 5 prenatal care (49%), in the case of urinary tract infections (63.3%) if tube, in the case of anemia (71.4%) no tube, in the case of pre-eclampsia the (91.8%) did not tube, in the case of threatened abortion the (75.5%) did not tube. Knowledge data, the cause of HIV is virus (76.5%), transmission of HIV is due to sexual intercourse (61.2%), on the performance of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) test on (53.1%) was not tested for HIV in the first trimester for other reasons (for their children, for work) and on whether they received pre-test counseling and HIV post-test did not receive HIV counseling (51.5%) %).

**CONCLUSION:** The pregnant women who attended the Laura Rodríguez Dulanto Mother and Child Center during the months of May to July of the year 2018, knew little about the information about the cause of HIV, which are the ways of HIV transmission and usually do not go to your prenatal care when they find out about your pregnancy for HIV screening for personal reasons.

**KEYWORDS:** Profile, Pregnant, Screening, HIV and early.

# 1.INTRODUCCION

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se puede observar que es una preocupación de salud en todo el mundo, de los cuales podemos ver que 36,9 millones de personas viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo; 17,1 millones no saben que tienen el virus, es por eso que debemos promover que los servicios de pruebas rápidas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) deben llegar a ellos.<sup>1</sup>

Viendo el panorama mundial podemos darnos cuenta que en África Oriental y Meridional hubo 19,6 millones personas que tienen el virus de la inmunodeficiencia humana 2017; Asia y El Pacífico hubo 5,2 millones personas que viven con el VIH 2017; África Occidental y Central hubo 6,1 millones personas que viven con el VIH 2017; América Latina hubo 1,8 millones personas que viven con el VIH 2017; el Caribe hubo 310.000 personas que viven con el VIH 2017; Oriente Medio y África Septentrional hubo 220.000 personas que viven con el VIH 2017; Europa Oriental y Asia Central hubo 1,4 millones personas que tienen el virus de la inmunodeficiencia humana 2017 ; Europa Occidental y Central, América del Norte hubo 2,2 millones personas que viven con el VIH 2017.<sup>1</sup>

De acuerdo con los datos del 2016, en la Región de África había 25,6 millones de personas infectadas. Esta Región es la más afectada y en ella se registran casi dos tercios de las nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo.<sup>2</sup>

En el año 2017; 20,9 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica (TAR) a nivel mundial. Pero, solo el 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en todo el mundo.<sup>3</sup>



Podemos ver que se ha avanzado en la prevención y la eliminación de la transmisión vertical(madre-niño). El 2016, aproximadamente 8 de cada 10 embarazadas con VIH recibieron tratamiento con terapia antirretrovírica.<sup>3</sup>

En cobertura mundial de la terapia antirretrovírica(TAR) para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 76%.<sup>2</sup>

En el Perú hubo 70 000 personas que vivían con el VIH en el 2016, de las cuales el 60% tenían acceso a la terapia antirretroviral. En el 2016, se puede observar que el Perú tenía 2700 nuevos casos de virus de la inmunodeficiencia humana y 2200 muertos por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida(SIDA).<sup>4</sup>

Así podemos ver que el problema es que de las 72 mil personas que tienen VIH en el Perú, alrededor de 16 mil (22%) no lo saben, según estimaciones del Ministerio de Salud (MINSA). El año pasado, solo en Lima se reportaron 1.471 casos nuevos. Esto representa 51% menos respecto al 2016, cuando se reportaron 3.011. Es la cifra menor en el último quinquenio.<sup>5</sup>

De las embarazadas que tienen el VIH, el 85% tenían acceso a tratamiento con la terapia antirretroviral para prevenir la transmisión vertical a sus hijos. Se calcula que menos de 100 niños fueron contagiados con el virus de la inmunodeficiencia humana por la transmisión vertical (madre a feto). De las personas que son portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana, el 35% había eliminado las cargas virales.<sup>4</sup>

De un total de 72 mil personas con VIH/Sida en el Perú, el 73% viven en Lima y Callao y el 27% estan en el resto del país, según la Dirección General de Epidemiología

(DGE). Los distritos con mas casos son San Juan de Lurigancho (45.5%), Ate (18.1%), El Agustino (14.2%), Santa Anita (11.2%), Lurigancho y Chosica (5.3%), La Molina (3.7%), Chaclacayo (1.8% ) y Cieneguilla (0.2% ) .<sup>6</sup>

En vista a la información expuesta, podemos ver que el Virus de Inmunodeficiencia Humano(VIH) es un problema no solo mundial sino también es un problema nacional; por eso es necesario hacer un aporte en el gran trabajo que implica la detección temprana del VIH, realizando un tamisaje de VIH tempranamente para así poder iniciar un tratamiento temprano y no tardío.

Viendo el perfil epidemiológico podemos ver que el mayor número de casos de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) registrados se encuentran en Lima y Callao el 70%. La forma de transmisión principal son las relaciones sexuales (97%), segundo es la transmisión vertical (2%) y tercero es la transmisión parenteral (1%). El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha registrado 32 491 personas con Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y 55 672 personas con Virus de Inmunodeficiencia Humano. Las personas con SIDA, 13,7% son adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, 2,4% son menores de 14 años, 1.6% son menores de 5 años. En estos últimos casos reportados son por la transmisión vertical durante la gestación, parto y lactancia. Aproximadamente el 69,7% de las personas que son informadas que tienen SIDA sus edades están comprendidas entre los 25 y 49 años; 6,5% tienen edades entre los 50 a 59 años y 3,0% tienen edades entre los 60 a más años.<sup>7</sup>

Podemos ver que el despistaje de virus de la inmunodeficiencia humana en las gestantes que acuden a la atención prenatal, se ha incrementado de 22.56% a 79.9% .<sup>7</sup>

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): este virus ata a todos los anticuerpos del cuerpos es por eso que nosotros somos más propensos a contraer cualquier tipo de

enfermedad ya que toda nuestra inmunidad ha bajado .también se puede decir que el sistema inmunitario ya no cumple con todas sus funciones que son las de cuidarnos de contraer cualquier tipo de enfermedad. Las infecciones que son más graves se las llama «oportunistas» ya que los agentes patógenos se aprovechan de la debilidad del sistema inmunitario.<sup>8</sup>

La palabra SIDA proviene de las iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, la palabra adquirida quiere decir que usted se puede infectar, la palabra Inmuno Deficiencia quiere decir que se debilita el sistema del cuerpo que combate enfermedades y la palabra Síndrome quiere decir que hay un grupo de problemas de salud que ocasiona la enfermedad. Al SIDA lo causado el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Si te infectas con el VIH, tu cuerpo tratará de combatir la infección .<sup>9</sup>

Existen tres formas de transmisión del VIH: A través de las relaciones sexuales sin condón; De madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia; A través de las transfusiones de sangre contaminada con VIH.<sup>10</sup>

Entre las formas de no contagiarnos con del VIH tenemos el sudor, por compartir servicios higiénicos, Por bañarse en piscinas, playas, por compartir platos y cubiertos, Por abrazas, besar, acariciar o conversar, Por donar sangre, por estar en reuniones de grande número de personas <sup>11</sup>

Una de las Técnicas de Cribado tenemos a enzimoimmunoanálisis de adsorción (ELISA): esta técnica es la más frecuentemente usada, se realiza recolectando una muestra para que a través de ella pueda identificar la presencia del virus en el cuerpo de las personas. Entre los resultados podemos obtener un resultado negativo lo cual va significar que no se encuentra el virus en el cuerpo humano, si el resultado es positivo tenemos que realizar una segunda prueba, si esta vez nos vuelve a salir positivos se realizara una prueba de confirmación para estar seguros del resultado.<sup>12</sup>

Entre las técnicas de confirmación tenemos a la prueba de Western Blot (WB): esta técnica se usa para confirmar este primer test de enzimoimmunoanálisis de adsorción (ELISA), esta prueba se llevara a cabo para determinar la presencia de anticuerpos, para la toma del examen necesitamos una muestra de sangre o saliva la cual nos servirá para hallar los resultados. En el caso de que el resultado nos salga positivo se realizara una prueba de confirmación, esto nos ayudara a corroborar el resultado que nos ha salido.<sup>12</sup>

El uso de las pruebas rápidas se utilizan para la detención del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida la muestra se puede adquirir en el suero, sangre y saliva, los resultados podrán ser obtenidos después de unos minutos de realizada la prueba, las pruebas rápidas son la que van a detectar anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana a través de los reactivos y dependiendo del reactivo a usar nos dará la sensibilidad y especificidad. Entre su ventaja que puede tener la prueba rápida de VIH son que son útiles en lugares que no cuentan con laboratorio para que ellos realicen la prueba de VIH; son fáciles de realizar y el resultado está disponible en unos 30 minutos aproximadamente. Las pruebas rápidas y las pruebas de ELISA nos van a dar que cantidad de anticuerpos contra el VIH.<sup>13</sup>

Así también podemos ver qué se necesita Consejería Pre y Post, puede darse antes, después de obtener la muestra o durante el tiempo de espera, Hoja de consentimiento informado, Prueba confirmatoria si es reactiva, Canalizar a los casos positivos a los servicios de atención integral para realizar una prueba rápida.<sup>13</sup>

Los beneficios que obtendrán las personas es que servirá para evitar la transmisión, para saber si puedo ser portadora del virus, esta ayudara para poder actuar de manera oportuna para que así se pueda disminuir el riesgo de contagio. Se realizara una atención oportuna, esto ayudara que las personas puedan ser referidas a un nivel de atención más complejo, donde se les proporcionara el tratamiento oportuno y todas las atenciones de calidad. Se les brindara una atención psicosocial, en el caso de obtener un resultado

positivo, podrán acudir a todos los programas par que le brinden una atención integral, para que así ellas puedan estar bien tanto en el entorno familiar con en el entorno social. Se sensibilizara a los usuarios. Se le enseñara los riesgos que pueden tener según al comportamiento que ellos puedan tener, también se les enseñaran a tomar conciencia sobre esta infección y en el caso de obtener un resultado negativo, debe saber que realizar para que no se contagie.<sup>14</sup>

Entre las ventajas que podemos encontrar sobre las pruebas rápidas son que el tiempo de espera para los resultado solo toma unos minutos, no requiere de un laboratorio para que la muestra sea analizada, si los resultados sales positivos se tiene que realizar una prueba de confirmación en un laboratorio, para la toma de las pruebas rápidas se utiliza una gota de sangre del dedo lo cual lo tomas usando una lanceta, luego esa gota que se forma la viertes en la lámina y se echa el reactivo. También pueden realizar en saliva y orina, la característica es que el resultado puede obtenerse en menos de 30 minutos, son muy útiles en situaciones que requieren un resultado inmediato.<sup>15</sup>

La prueba rápida nos dar 3 resultados: **Resultado negativo**, esto quiere decir que la persona no está infectada con el virus del VIH, pero también puede estar en un periodo de ventana es por eso que se tiene que esperar 3 meses para volver a repetir la prueba y ver qué resultado sale; **Resultado positivo**, esto quiere decir que la persona está infectada con el virus del VIH, es por eso que se le realizara por segunda vez la prueba para ver resultados nos sale, si otra vez es positiva, se usara una prueba confirmatoria como el de Western Blot; Un **resultado indeterminado**, quiere decir que no nos va a salir un resultado confirmatorio o negativo, es por eso que en algunos casos puede fallar el reactivo y se anulara la prueba; se le informara a las personas y se les volverá a tomar la prueba.<sup>13</sup>

Las pruebas rápidas de VIH durante el embarazo son importantes ya que si se detecta tempranamente el virus del VIH se le puede dar tratamiento a la madre para que así ella

pueda bajar la carga viral y disminuye el peligro de que la madre contagie de VIH al feto en el embarazo, durante el parto o en la lactancia.

El tratamiento es más efectivo cuando a los bebés se le inicia la medicación lo más antes posible en el embarazo. Así también podemos ver que todavía hay beneficios para el bebé cuando el tratamiento se inicia durante el parto o cuando ya nació el bebé. Se debe realizar el tamizaje de VIH a todas las mujeres embarazadas ya que si detecta tempranamente la infección por VIH es mejor oportuno el tratamiento y así disminuimos riesgos para el bebé <sup>16</sup>

La prevención del VIH se da: Usando correctamente el condón en todas las relaciones sexuales, postergando el inicio de las relaciones sexuales. Siendo fiel con nuestra pareja.<sup>11</sup>

Sobre el tratamiento antirretroviral durante la gestación podemos decir que se quiere lograr que la carga viral disminuya a menos de 50 copias/mL hasta llegar al tercer trimestre de gestación para que en el momento del parto la carga viral no afecte mucho al feto. Se iniciara un control de la carga viral de 4 a 8 semanas una vez iniciada el tratamiento antirretroviral o al momento del diagnóstico del embarazo, para poder evaluar todas las respuesta que nos puedan dar los virus. Podemos usar test de resistencia si la gestante tiene viremia detectable con el Terapia antirretroviral actual, o cumple criterios de fallo virológico. Si la carga viral es mayor de 1.000 copias/ml en los terceros trimestres o cerca al parto, se indicará una cesárea para evitar el contagio esta se realizara a las 38 semanas de gestación. En general se le puede administrar todo los medicamentos y seguir con los lineamiento de una persona normal pero con excepción de Efavirenz y Nevirapina durante el primer trimestre, pero si utilizo Nevirapina antes de su embarazo se puede continuar, se puede iniciar con Zidovudin(AZT)/Lamivudina(3TC) más Lopinavir y Ritonavir(LPV/r), el uso de Atazanavir/r es una alternativa ,el uso de Saquinavir/r es aceptable ,todavía no existe

datos suficientes sobre el uso de Darunavir o Raltegravir, siempre que sea posible, incluir Zidovudina(AZT) en el esquema antirretroviral, en cualquiera de estos caso la lactancia materna está contraindicada ya que puede aumentar la transmisión madre niño. Se dará leche formula a todos los bebes con madres con VIH positivo.<sup>17</sup>

Dando un énfasis a la vía perinatal; podemos ver que la gestante que vive con VIH debe recibir una consejería pre test y pos test sobre que es el VIH, como se transmite, y sobre las formas de contagio ya que el embarazo es uno de los medios de transmisión y sobre los riesgos que tiene su bebe, de manera que pueda decidir conscientemente y oportunamente. En México, existen medicamentos que se pueden administrar a las gestantes para que así se pueda reducir la transmisión de madre a feto y es así que se reduce el peligro de que le feto nazca siendo portador del VIH. Se restringe la lactancia, ya que es un medio de contagio y porque en la leche se puede encontrar el viruz.<sup>13</sup>

Se puede observar que más del 50% de las usuarias con VIH son detectadas en etapas avanzadas o cuando desarrollan algún síntoma , esto se está dando ya las personas una vez que se realizan el tamizaje de VIH ya no están regresando por su resultados, o porque no hay en el laboratorio el reactivo para realizarse el tamizaje ,o por la dificultad para poder encontrar el establecimiento de salud , o por los casos de discriminación ya que muchas personas están desinformadas del tema, es por eso que las personas no están llegando a tener un diagnóstico oportuno. Así también tenemos que el peligro de la transmisión vertical (madre-niño) del virus de la inmunodeficiencia humana se va poder disminuir si le damos a la gestante con VIH una profilaxis y e así que se va a llegar a tener un diagnóstico temprano.<sup>13</sup>

Después de haber visto todo el panorama del tema es importante que el profesional de salud de primer nivel tenga todos los recursos a la mano para que pueda realizar un despistaje de VIH tempranamente utilizando las pruebas rápidas. Esto ayudara a que se pueda captar a las gestantes que antes no se acercaban para que recojan sus resultados y

así también ayudara a que se pueda incrementar el número de tratamiento, atención, prevención y promoción. A pesar de que las gestantes no opten por realizarse el tamizaje ya se les brinda una consejería integral sobre que el VIH, transmisión del VIH y sobre los riesgos que correría ella y su bebé si no son tratados tempranamente, así también romperíamos con la discriminación ya que muchas personas no están bien informadas sobre el VIH y sus medios de contagio. Esta investigación no pretende realizar un análisis exclusivo, sino que el profesional de salud pueda difundir la información con las consejerías brindadas para que así la gestante, los familiares y la comunidad puedan ayudar con el tema del VIH y así se pueda dar un oportuno diagnóstico y un tratamiento temprano y si es que nos encontramos en un nivel de atención primaria podamos referir a un nivel más complejo para que inicie su tratamiento .<sup>13</sup>

Así pues, entre los estudios revisados presentamos los siguientes:

Vásquez B (Ecuador, 2016) Este estudio fue realizado con el objetivo describir los aspectos epidemiológicos que caracterizan el comportamiento de la infección por VIH en Cotopaxi, lo que nos permitirá contar con datos confiables en esta provincia, en la cual ha existido sub registro e insuficientes investigaciones acerca del tema, usando una metodología fue cuali – cuantitativa, en un estudio de tipo descriptivo y longitudinal. Los resultados obtenidos fueron que se han registrado, hasta la actualidad, 25,3 millones de muertes por esta enfermedad a nivel Mundial; en el año 2004, el de mayor incidencia, la cantidad de usuarias muertas por estas infectadas con el SIDA ascendió a 2,7 millones, mientras que, en 2014, se registraron 1,2 millones de muertes.<sup>18</sup>

Mbachu II .Col (Nigeria, 2015) Este estudio fue realizado con el objetivo de determinar la sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo positivo de la prueba de serie del virus de la inmunodeficiencia humana entre las usuarias embarazadas en Nnewi, sur este de Nigeria. Usando una metodología de nivel descriptivo comparativo llevado a cabo durante un período de 4 meses. El algoritmo de la prueba rápida de serie se



comparó con la prueba de ELISA convencional después de obtener consentimiento informado de las mujeres embarazadas. Todos los resultados positivos y discordantes fueron confirmados con el western blot prueba del VIH. Entre los resultados se pudo obtener un total de 166 mujeres embarazadas participaron en este estudio. La edad media de los participantes fue de  $29 \pm 4,3$  años. La prevalencia del VIH era más alta en la categoría de 25-29 años. Esta fue también la categoría de edad modal. La mayoría de las mujeres eran multíparas. La prevalencia de la infección por el VIH fue del 12%. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y positivo de la prueba rápida del VIH en serie fue del 95, 100, 100 y 99,3%, respectivamente.<sup>19</sup>

Figueroa H. Col (México, 2014) Realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas usando una metodología, transversal, descriptivo que estuvo compuesta por embarazadas que podrían tener diferentes edades que acudieron a la atención prenatal durante su embarazo. Como instrumento se usó las historias clínico para recolectar información. Se calculó una muestra de 85 pacientes. Los tamizajes de VIH se usaron para la detección de virus contra el VIH se usó en 79 gestantes. En 6 gestantes de toda la muestra no se realizó el tamizaje de VIH. El resultado del tamizaje de VIH fue negativo a virus de la inmunodeficiencia humana. Llegando a la conclusión que ha aumentado el uso de las pruebas rápidas de VIH en embarazadas.<sup>20</sup>

Mamani M (Perú, 2017) Este estudio fue realizado con el objetivo de determinar las complicaciones en pacientes embarazadas portadoras del virus del VIH – Sida atendidas en el hospital maría auxiliadora de septiembre del 2012 a diciembre del 2016, Materiales y métodos Estuvo constituido por un total de 138 mujeres portadoras del virus .En la recolección de datos se empleó una ficha de datos como instrumento, entre los resultados obtenidos se concluye que las complicaciones más frecuentes en gestantes portadoras con VIH –SIDA. Obteniendo los siguientes resultados Anemia (34,80 %),

Amenaza de Parto Prematuro (31,20%), Abortos Espontáneos(21,00%), Infección de Vías Urinarias (5,10%),Restricción de Crecimiento Intrauterino (5,10%) y otras complicaciones (4,30%), en su mayoría tuvieron la detección del virus Antes del Embarazo (39,1%), Durante el Embarazo (34,1%), Durante el Parto (18,1%).Con respecto a los controles prenatales se encontró gestantes ,de 6 a más controles (62,3%), de 4 a 6 controles (22,5%) . Asimismo no recibieron ningún tratamiento (29,7 %) reciben tratamiento durante el embarazo (29,0%), recibieron tratamiento antes del embarazo (17,4%).<sup>21</sup>

Silva. R (Perú, 2015) Este estudio fue realizado con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas en las gestantes infectadas por el VIH. El método es descriptivo, retrospectivo, transversal. Los resultados fueron que la incidencia de gestantes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana durante el estudio es de 36 casos, el 90 % son de Comas, el 58 % tiene 21 y 30 años, el 69% son convivientes, el 70% el grado de instrucción secundaria, el 100% no usan condón durante el acto sexual, el 86% tenía de 1 a 3 parejas sexuales, el 22% estaba en el III trimestre del embarazo y el 39% se encontraba en su primeras atenciones prenatales, el 62% los partos fueron a término, el 75% su embarazo termino por cesárea, el 72% tuvo complicaciones, el 34% fueron infecciones urinarias, 20% Amenaza de Parto pre término, 16% abortaron,55 % iniciaron tratamiento a las 35 semanas. Conclusión: El estudio nos muestra que la incidencia de gestantes con VIH es de 0.2%.<sup>22</sup>

Reyes V (Perú, 2014) El estudio se realizó con el objetivo de determinar los factores asociados a la no realización del tamizaje de virus de la inmunodeficiencia humana en gestantes, Método del estudio analítico transversal. Se hizo regresión logística binomial, se entrevistaron a 349 gestantes. La proporción de gestantes que fue tamizada para VIH fue de 84%. Después de analizar el estudio se determinó que los factores asociados a la no realización del tamizaje, fueron porque no podían llegar al centro de salud, por tener menos de cinco atenciones prenatales, porque no se le informa a la gestantes sobre el tamizaje de VIH y porque las pruebas no habían en los laboratorios o en el centro de

salud. A la conclusión que podemos llegar es que no se realizaban el tamizaje del VIH porque los centros de salud no captaban a las pacientes, es por eso que es necesario que las gestantes acudan al centro de salud oportunamente para que se realice su atención prenatal tempranamente y poderles brindar una consejería integral y se pueda realizar el tamizaje oportunamente.<sup>23</sup>

Cabe mencionar que en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto las gestantes que acudieron al servicio del centro obstétrico durante todo el año 2018 fue de 607 gestantes, así mismo se puede observar que mensualmente hubo un promedio de 51 gestantes, de las cuales se pudo observar que las gestantes no acuden a la atención prenatal en el primer trimestre de su gestación (10%)

Por lo anteriormente expuesto me planteo la siguiente interrogante de investigación

¿Cuál es el Perfil Epidemiológico de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH Tempranamente en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto en el año 2018?

Problemas Específico:

- ¿Cuáles son los datos generales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente?

- ¿Cuáles son los datos ginecológicos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente?
- ¿Cuáles son los datos obstétricos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente?
- ¿Cuáles son los datos de conocimiento de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente?

## **Objetivos:**

### **Objetivo General**

Establecer El Perfil Epidemiológico de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto en el año 2018

### **Objetivo Específico:**

- Describir los datos generales estante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente
- Identificar los datos ginecológicos de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente
- Describir los datos obstétricos de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente
- Identificar los datos de conocimiento de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente.

## **Definición de términos.**

Despistaje: Examen médico grupal para comprobar el incubamiento de una enfermedad o trastorno determinado.<sup>24</sup>

Tamizaje: Las pruebas de tamizaje son mediciones para establecer quién puede padecer cierta enfermedad y quién no, en cualquier momento de la vida de un ser humano.<sup>25</sup>

Atención Prenatal: Es evaluación integral de la gestante y el bebé, lo sugerido es que sea antes de las 14 semanas de embarazo, para brindar una atención integral en salud, enseñando sobre los signos de alarma, alimentación, factores de riesgo y educar a la familia para el cuidado necesario de las gestantes. Enseñarles el manejo adecuado de las complicaciones que se puedan presentar durante su embarazo; por otro lado se debe de tener como mínimo seis atenciones prenatales.<sup>26</sup>

Periodo de Ventana: Es el tiempo después de la infección que se requiere para que el virus se pueda detectar mediante las pruebas de VIH. El tiempo del período de ventana varía dependiendo del tipo de prueba de diagnóstico utilizado y el método que se emplea para detectar el virus del VIH. El período de ventana puede variar dependiendo de cada persona que la pueda portar.<sup>27</sup>

Gestante viviendo con VIH: Se define infección por VIH en la gestante si cumple la siguiente condición: Si tiene prueba confirmatoria para infección por VIH (Inmunofluorescencia indirecta (IFI) o Western Blot).<sup>28</sup>

Tempranamente: Este término incluye a todas las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el primer trimestre (1-12 semanas) de su gestación.

Perfil epidemiológico: Es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que Sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características Que la definen.<sup>29</sup>

Variable dependiente (VD): Es la variable que se investiga y se mide. Es el ente de todo el estudio ya que el investigador enfoca sus observaciones y mediciones, se puede ver los cambios controlados. Se puede decir que la variable dependiente es el “efecto” de la relación estudiada.<sup>30</sup>

Variable independiente (VI): Es la que puede cambiar o es controlada para estudiar sus efectos en la variable dependiente. Se puede expresar sola y no cambia nada haga lo que haga los investigados, ni otra variable del experimento; es por eso que se le llama “independiente”.<sup>30</sup>

Conocimiento: Acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural, Noción, ciencia, sabiduría.<sup>31</sup>

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio de corte transversal, diseño observacional no experimental, con nivel descriptivo.

### 2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Gestantes que se atienden en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto de mayo a julio del 2018. Según los reportes estadísticos del año 2018 se realizó alrededor de 607 atenciones en gestantes del Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto.

### 2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

#### **Unidad de análisis:**

Una gestante que acude al Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto, de mayo a julio 2018

• **Tamaño Muestral:** Según la estadística del Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto año 2018 se realizó un promedio de 131 atenciones en gestantes en tres meses, es por eso que el tamaño muestral será un grupo de 131 gestantes. Para este cálculo se utilizó un nivel de confianza del 95%, un nivel de precisión del 5% y una proporción esperada del 50%.



Fórmula finita:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

$n = 98$
----------

Tipo de Muestreo: Se utilizará un muestreo probabilístico aleatorio simple (MAS), ya que se utilizara una formula estadística de muestra finita para el cálculo de la muestra.

#### Criterios de selección

##### Criterios de Inclusión

- Gestantes que se realizaron el despistaje después del II trimestre
- Gestantes mayores de 18 años
- Gestantes que acudan al Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto

##### Criterios de Exclusión

- Las que no quieran participar en el estudio
- Las gestantes que son incapaces de responder la encuesta
- Gestantes con VIH positivo.

## 2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente:

- Perfil Epidemiológico de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente: Son las características epidemiológicas más importantes que se obtendrán a partir de una encuesta.

Variables independientes:

- Datos generales: Edad  
Estado civil  
Ocupación  
Nivel educativo
- Ginecológicos: Inicio de relaciones sexuales  
Número de pareja sexual  
Prácticas sexuales  
Método anticonceptivo  
Uso de preservativo.
- Obstétricos: Número de embarazos  
Trimestre gestacional  
Atención prenatal  
Infección urinaria  
Anemia  
Preeclampsia  
Amenaza de aborto.

- Conocimiento: Conocimiento sobre el agente causal  
Conocimiento sobre transmisión  
Motivo por el cual no se realizó el tamizaje de VIH  
Recibió consejería pre y post test de VIH

## 2.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Para el estudio se utilizó como técnica la encuesta; se encuestaron a las gestantes que se atendieron en Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto, se utilizara aproximadamente 10 minutos, tiempo promedio para que las gestantes puedan responder todas las preguntas y se le pueda informar sobre el estudio a realizar.

Un cuestionario de 20 preguntas, las cuales se han planteado con el fin de cumplir con los objetivos de la investigación. Este cuestionario estuvo estructurado en cuatro fragmentos, el primero fragmento correspondió a 4 preguntas que permitieron obtener los datos generales, el segundo fragmento correspondió a 5 preguntas que permitieron obtener los antecedentes ginecológicos, el tercero fragmento correspondió a 7 preguntas que permitieron obtener los antecedentes obstétricos y el cuarto fragmento correspondió a 4 preguntas que permitieron obtener los datos de conocimiento. Las preguntas del primer fragmento tuvieron respuestas politómicas (varias alternativas), las preguntas del segundo fragmento tuvieron respuestas politómicas (varias alternativas), las preguntas del tercer fragmento tuvieron respuestas dicotómicas (Si, No) y politómicas (varias alternativas) y las preguntas del cuarto fragmento tuvieron respuestas dicotómicas (Si, No) y politómicas (varias alternativas). (Ver anexo III).

El cuestionario lo elaboro la autora del estudio; esta encuesta fue validado por obstetras calificadas en el tema mediante un juicio de expertos (4 expertos en la materia), los cuales mencionaron sus comentarios respecto de la encuesta para analizar la confiabilidad de la encuesta se utilizó la prueba binomial usada en escalas de varios

valores, obteniendo un coeficiente igual a 1, el cual para fines de investigación es considerado significativo. (Ver anexo IV)

## 2.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El proyecto de investigación fue evaluado por la co-asesora de tesis Tutty Gamboa Sicha Y la asesora de tesis Clara Margarita Díaz Tinoco, seguidamente fue presentada al Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia para su revisión y posteriormente pasó para la aprobación mediante la resolución decanal.

Una vez que se obtuvo la resolución donde se aprueba el estudio a realizar, se realizara el documento respectivo para pedir el permiso para así poder realizar esta investigación en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto para iniciar con la recolección de datos de la investigación. La recolección de datos se realizó en el área de puerperio. Al inicio de la encuesta se entregaron el consentimiento informados explicándole a la gestante en qué consistía la investigación, para que así ellas puedan responder con confianza la encuesta y así poder obtener la información necesaria. El análisis estadístico y los gráficos se realizaron en el programa Soluciones estadísticas de productos y servicios (SPSS); se ingresó uno a uno cada encuesta en la base de datos creada en el programa estadístico y luego se procederá a sacar los resultados en tablas y se usaran los gráficos de barras y círculos. Para el análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se determinó medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Finalmente se analizó e interpretó los datos, contrastando con otros trabajos de investigación similares.

## 2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Principio de autonomía: Se respetó el derecho a elegir participar del estudio brindando la información de forma clara, ofreciendo confidencialidad de los datos.

Principio de justicia: Se seleccionó a las participantes de forma equitativa e imparcial, sin realizar distinciones ni preferencias.

Riesgos y beneficios. La presente investigación es no experimental, por lo que no se pretende daño alguno por administración de fármacos o procedimientos médicos.

Confidencialidad: Toda la información recabada, estará en estricta confidencialidad ya que toda la información estará escrita en el consentimiento informado y la información se usará mediante codificación. Solo la investigadora tendrá acceso a esta información para que la aplique en su investigación.

Incentivos: Por la participación en este trabajo de investigación usted no recibirá ningún tipo de incentivo económico, sino que pensamos que es muy útil para así concientizar a la gestante que se deben realizar su tamizaje de VIH en las primeras semanas de gestación.

#### Consentimiento informado

Al aplicar la encuesta se le dio a conocer el consentimiento informado a las gestantes, donde se describe el título de la investigación, su objetivo, la importancia de la participación y sobre todo la protección y privacidad de sus datos personales. (Anexo II).

### 3. RESULTADOS

El estudio comprendió de 98 gestantes que no se realizan el tamizaje de Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, durante los meses de mayo a julio del año 2018 que acudieron al Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto.

Tabla 1. Perfil Epidemiológico de la edad de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
de 20 a 35 años	89	90,8	90,8	90,8
mayor de 35 años	9	9,2	9,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 1 Se puede apreciar que la edad de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, corresponden a la edad comprendida entre los 20 a 35 años con un 90,8%, seguido de un 9,2% que eran mayores de 35 años.

Gráfica 1. Edad de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

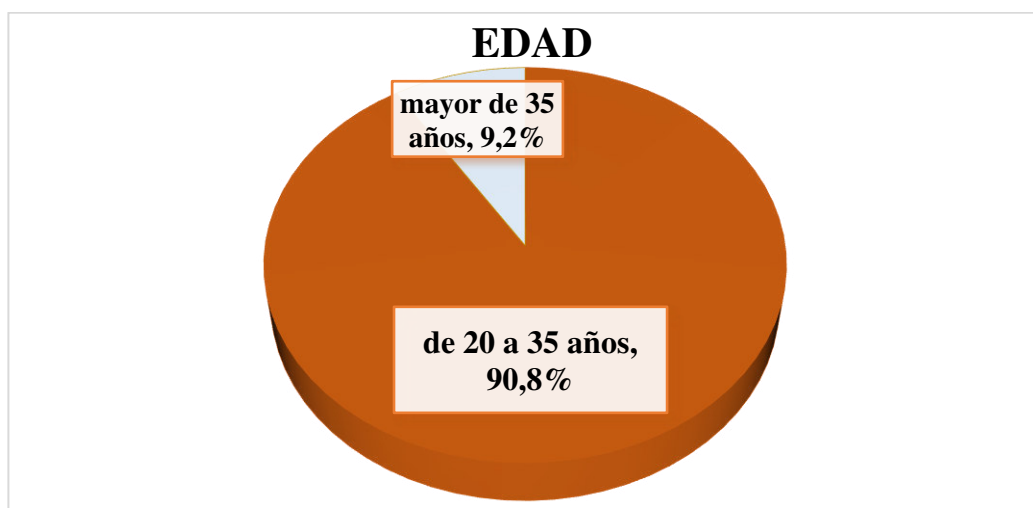


Tabla 2. Perfil Epidemiológico del estado civil de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Soltera	22	22,4	22,4	22,4
Casada	15	15,3	15,3	37,8
Divorciada	5	5,1	5,1	42,9
Conviviente	56	57,1	57,1	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 2 Se puede apreciar que el estado civil de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, nos menciona que el 57,1% de las gestantes encuestadas eran convivientes, seguido de un 22,4% que eran solteras, el 15,3% eran casadas y el 5,1 % eran divorciadas.

Gráfica 2 .Estado civil de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

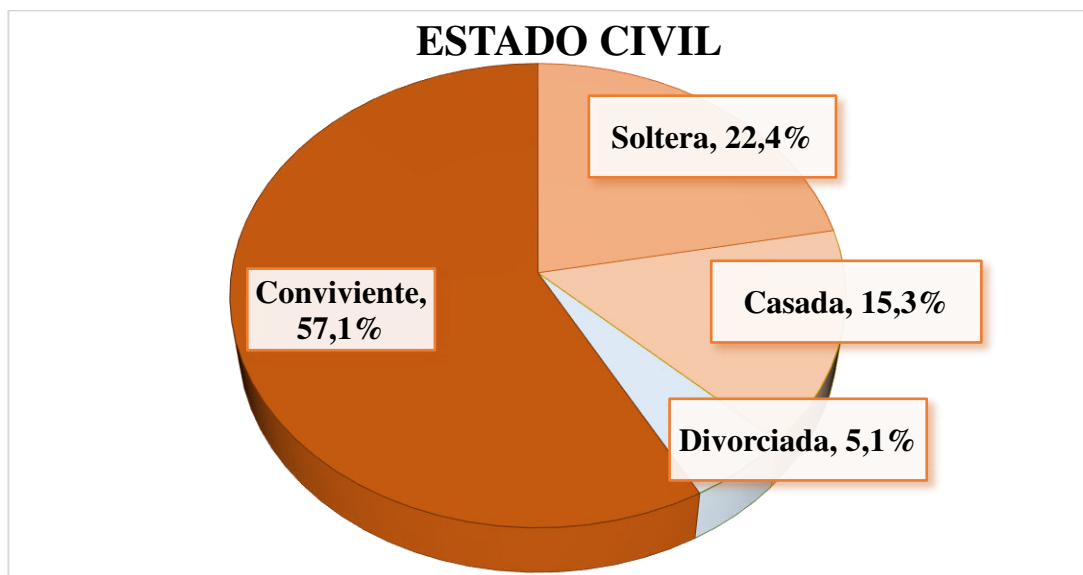


Tabla 3. Perfil Epidemiológico de la ocupación de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

Ocupación	Frecuencias	Porcentajes	Porcentajes Válidos	Porcentajes Acumulados
ama de casa	73	74,5	74,5	74,5
comerciante	10	10,2	10,2	84,7
estudiante	6	6,1	6,1	90,8
Otros(mototaxista y cobradoras)	9	9,2	9,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 3 Nos muestra la ocupación de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 74,5% de las gestantes encuestadas eran ama de casa, seguido de un 10,2% que eran comerciantes, el 9,2% tenían otra ocupación(mototaxistas, cobradoras) y el 6,1% eran estudiantes.

Gráfica 3. Ocupación de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

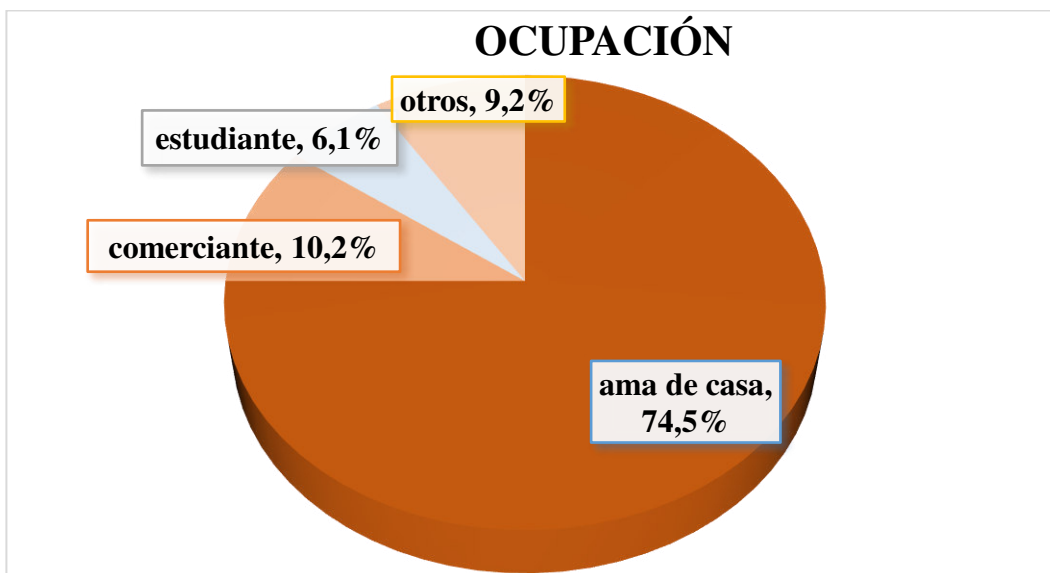




Tabla 4. Perfil Epidemiológico del grado de instrucción de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Porcentajes Válidos</b>	<b>Porcentajes Acumulados</b>
Analfabeto	4	4,1	4,1	4,1
Primaria	6	6,1	6,1	10,2
Secundaria	57	58,2	58,2	68,4
Superior	31	31,6	31,6	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 4 Nos muestra el grado de instrucción de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 58,2% de las gestantes encuestadas tenían secundaria completa, seguido de un 31,6% que tenían estudios superiores, el 6,1% tenían primaria y el 4,1 % eran analfabetas.

Gráfica 4. Grado de instrucción de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

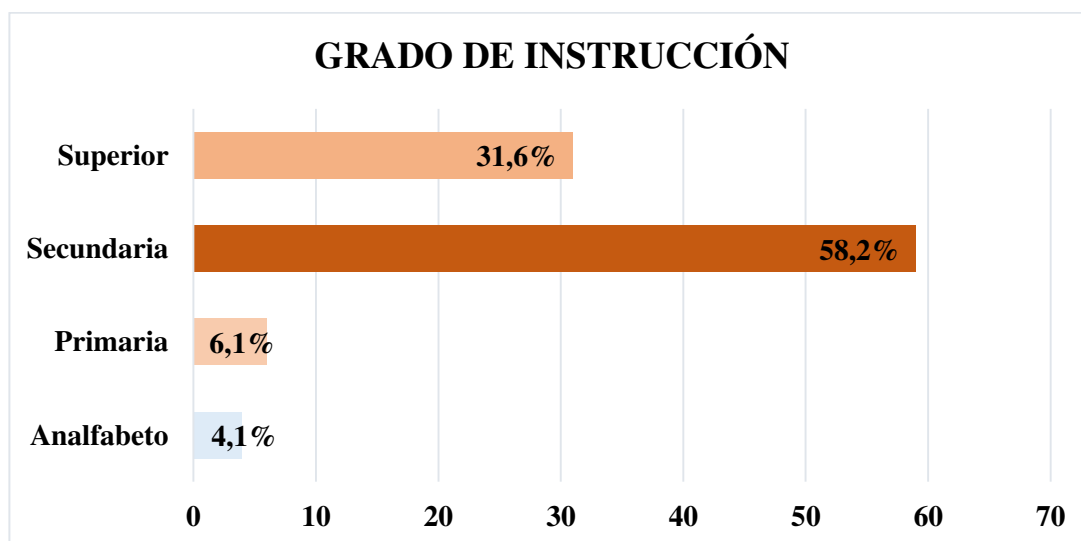


Tabla 5. Perfil Epidemiológico del inicio de relaciones sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

<b>Inicio de Relaciones Sexuales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
Menor de 16 años	19	19,4	19,4	19,4
De 16 a 26 años	78	79,6	79,6	99,0
Mayor de 26 años	1	1,0	1,0	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 5 Nos menciona el inicio de las relaciones sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 79,6% de las gestantes encuestadas inició sus relaciones sexuales entre los 16 a 26 años, seguido de un 19,4% que habían iniciado sus relaciones sexuales antes de los 16 años y el 1% inicio sus relaciones sexuales después de los 26 años.

Gráfica 5. Inicio de relaciones sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

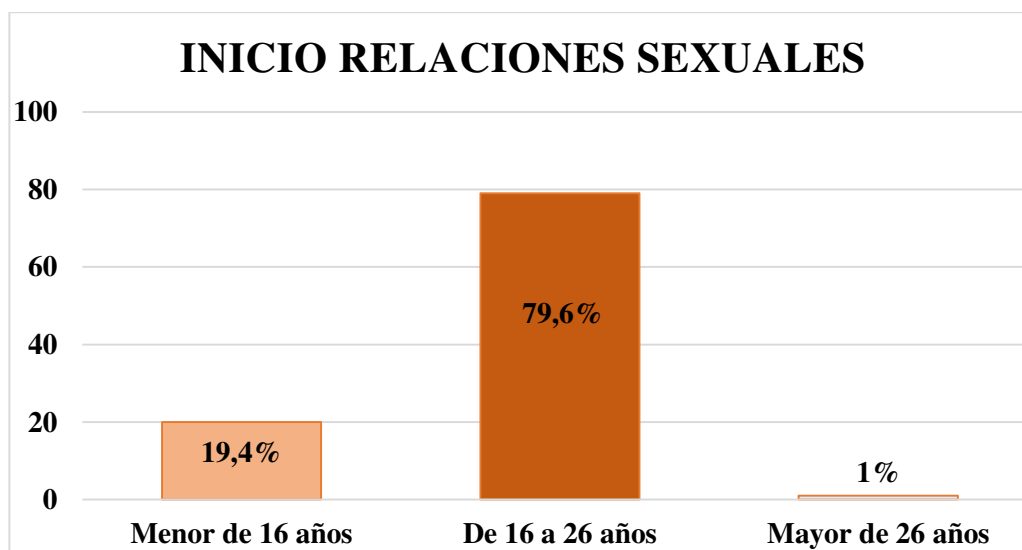


Tabla 6. Perfil Epidemiológico del número de pareja sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

Número de Parejas Sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1	41	41,8	41,8	41,8
2	31	31,6	31,6	73,5
3	17	17,3	17,3	90,8
Más de 3 parejas	9	9,2	9,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 6 Se puede apreciar que el número de parejas sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 41,8% de las gestantes encuestadas tuvo 1 pareja sexual, seguido del 31,6% que tuvo 2 parejas sexuales, el 17,3% tuvo 3 parejas sexuales y el 9,2% tuvo más de 3 parejas sexuales.

Gráfica 6. Número de parejas sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

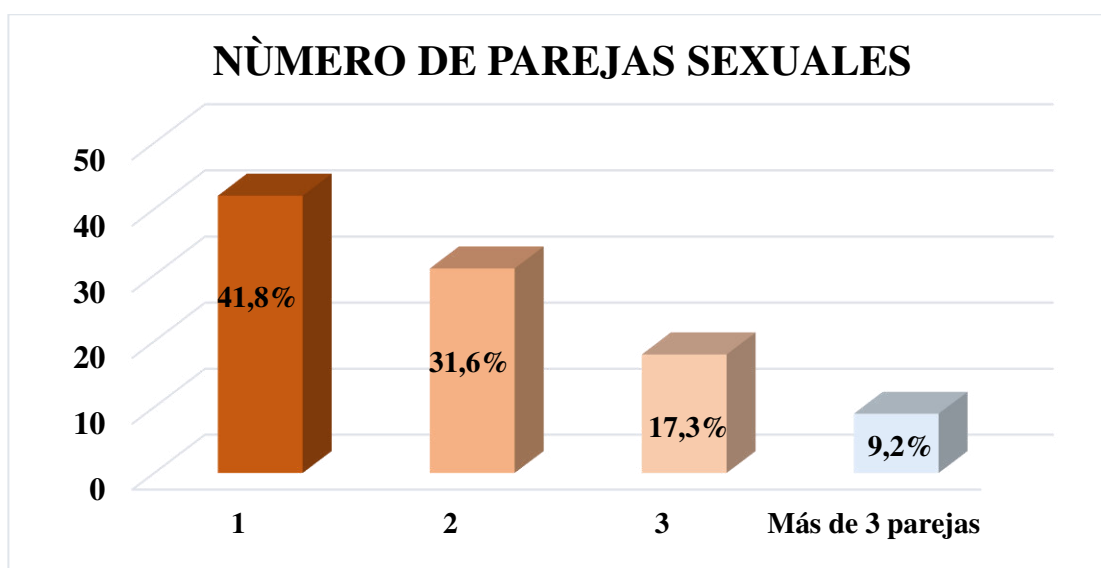


Tabla 7. Perfil Epidemiológico de las prácticas sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

Prácticas Sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Vaginal	82	83,7	83,7	83,7
Vaginal- oral	11	11,2	11,2	94,9
Vaginal- oral- anal	5	5,1	5,1	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 7 Nos muestra las prácticas sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 83,7% de las gestantes encuestadas la práctica sexual más frecuente es la vaginal, seguido de un 11,2% la práctica sexual más frecuente es la vaginal y oral, y el 5,1% la práctica sexual más frecuente es la vaginal, oral y anal.

Gráfica 7. Prácticas sexuales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

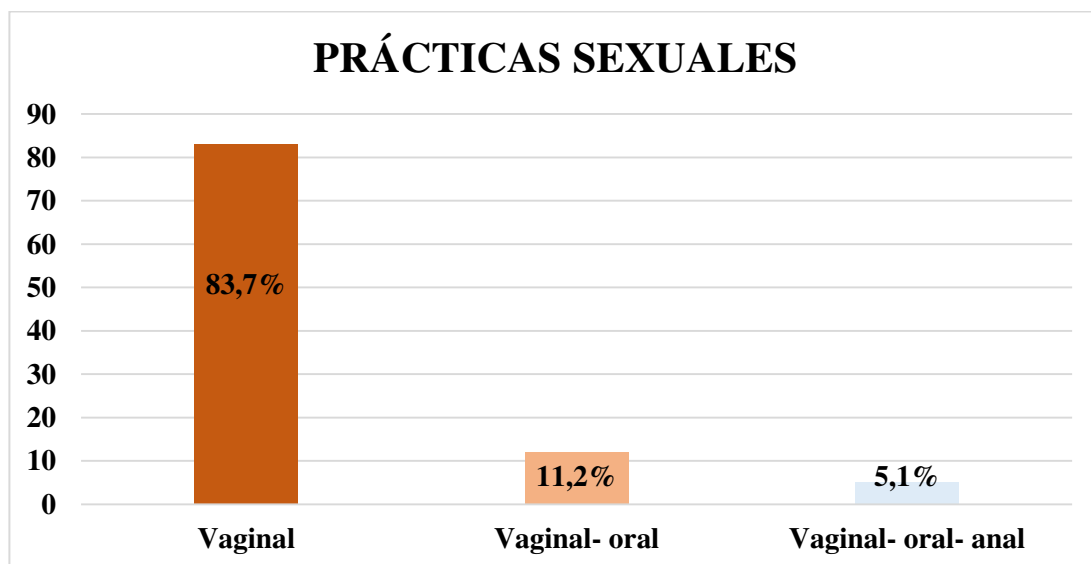


Tabla 8. Perfil Epidemiológico del uso del métodos anticonceptivos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

<b>Método Anticonceptivo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
Oral	13	13,3	13,3	13,3
Inyectable	25	25,5	25,5	38,8
Diu	4	4,1	4,1	42,9
Preservativo	17	17,3	17,3	60,2
Ninguno	32	32,7	32,7	92,9
Oral e inyectables	4	4,1	4,1	96,9
Oral , inyectable y preservativo	1	1,0	1,0	98,0
Inyectable y preservativo	2	2,0	2,0	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 8 Nos menciona los métodos anticonceptivos de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 32,7% de gestantes encuestadas no usa ningún método anticonceptivo, seguido del 1% que usa el método oral, inyectable y preservativo.

Gráfica 8. Método anticonceptivo de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

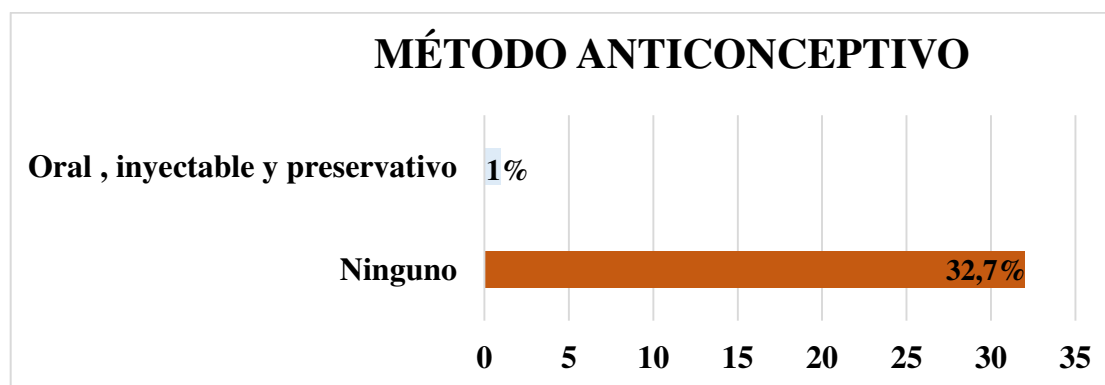


Tabla 9. Perfil Epidemiológico del uso de preservativo de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

Uso del Preservativo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Siempre	2	2,0	2,0	2,0
A veces	48	49,0	49,0	51,0
Nunca	48	49,0	49,0	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 9 Nos muestra los datos del uso de preservativo de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 49% de las gestantes encuestadas usan a veces el preservativo, seguido del 49% que nunca ha usado preservativo y solo el 2% que usa preservativo siempre.

Gráfica 9. Uso del preservativo de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

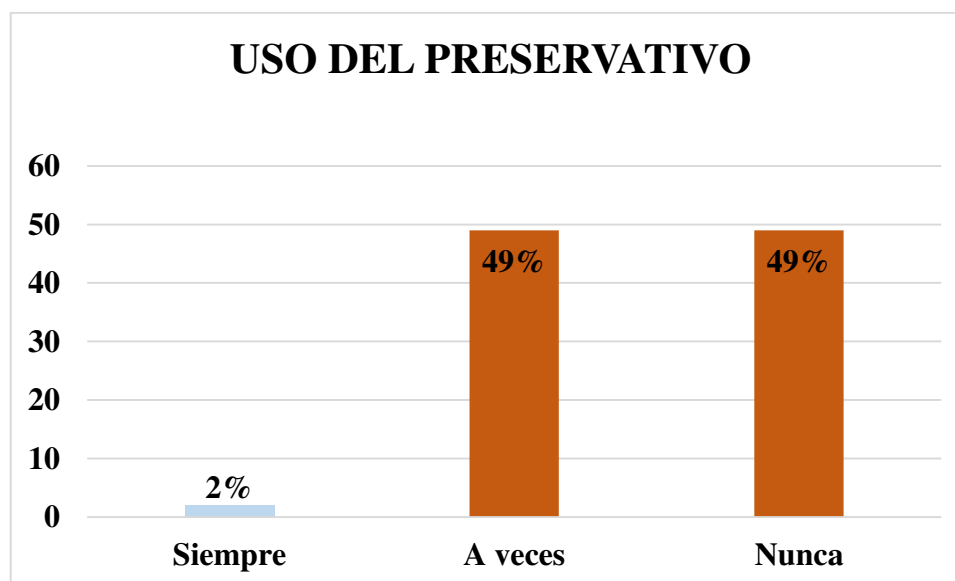


Tabla 10. Perfil Epidemiológico del número de embarazos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

Número de Embarazos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1 a 2 embarazos	61	62,2	62,2	62,2
3 a 4 embarazos	28	28,6	28,6	90,8
mayor a 5 embarazos	9	9,2	9,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 10 Se puede apreciar el número de embarazos de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 62,2% de las gestantes encuestadas tiene de 1 a 2 embarazos, seguido de un 28,6% que tiene de 3 a 4 embarazos y que el 9,2% tiene más de 5 embarazos

Gráfica 10. Número de embarazos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

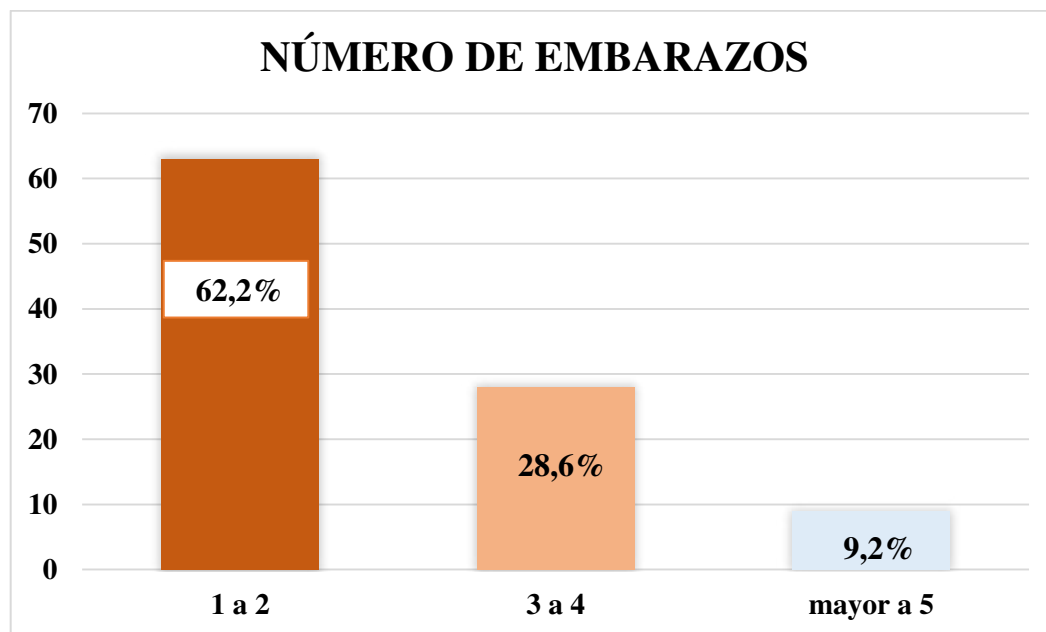


Tabla 11. Perfil Epidemiológico del trimestre gestacional de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

<b>Trimestre Gestacional</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Porcentajes Válidos</b>	<b>Porcentajes Acumulados</b>
II trimestre	23	23,5	23,5	23,5
III trimestre	75	76,5	76,5	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 11 Se puede apreciar el trimestre gestacional de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 76,5% de las gestantes encuestadas se encontraba en el III trimestre, seguido de un 23,5% que se encontraba en el II trimestre.

Gráfica 11. Trimestres gestacional de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

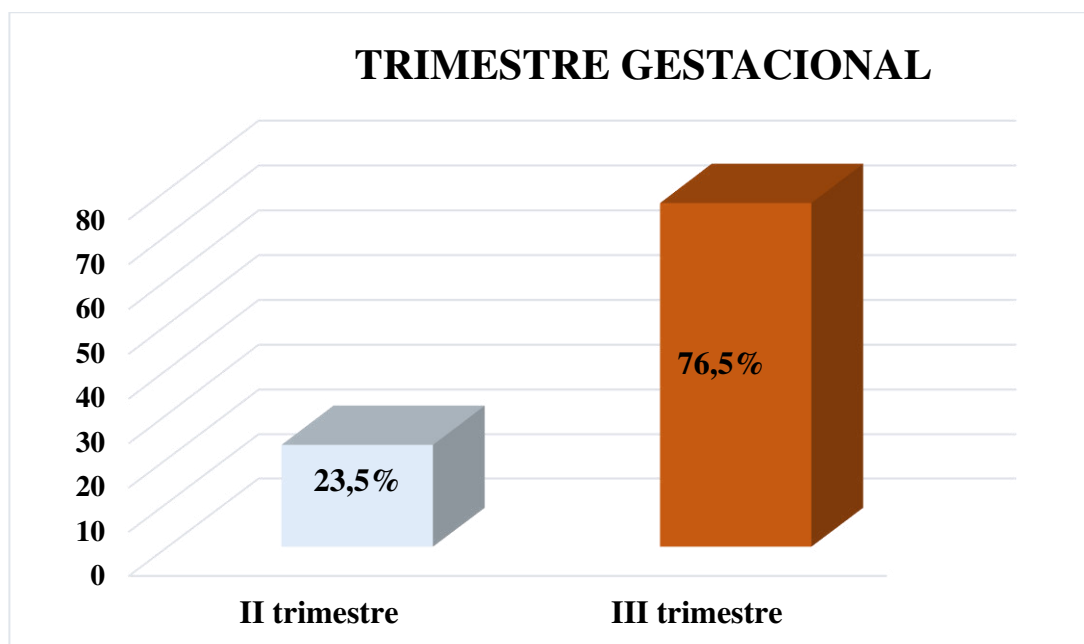




Tabla 12. Perfil Epidemiológico del número de atenciones prenatales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

Número de atenciones Prenatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Menor de 5	48	49,0	49,0	49,0
Mayor de 5	48	49,0	49,0	98,0
Ninguno	2	2,0	2,0	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 12 Nos menciona el número de atenciones prenatales de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 49% de las gestantes encuestadas tenía más de 5 atenciones prenatales, seguido de un 49% que tenía menos de 5 atenciones prenatales y el 2% no tuvo ninguna atención prenatal.

Gráfica 12. Número de atenciones prenatales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

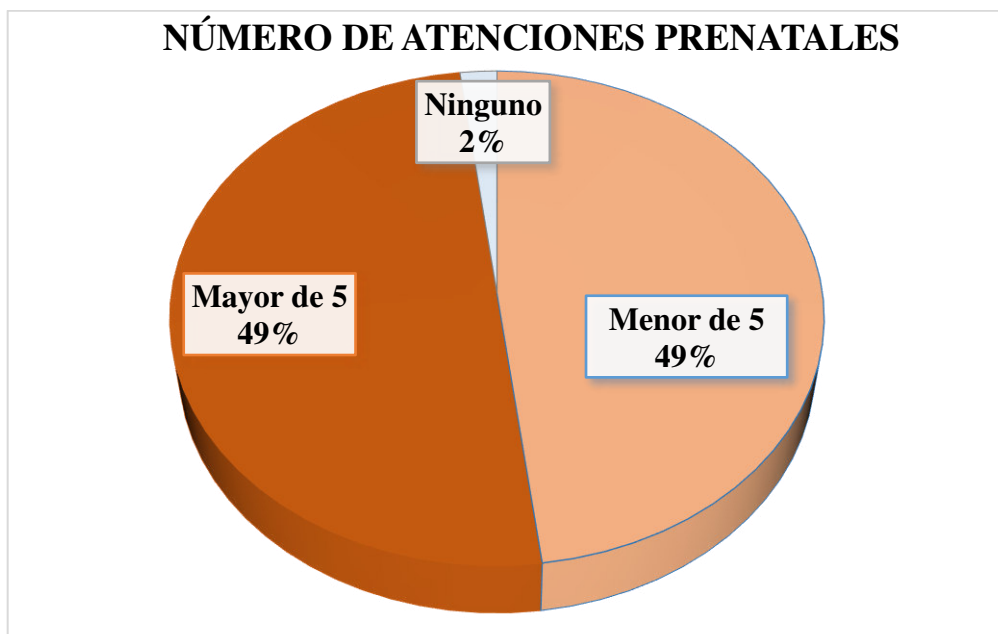


Tabla 13. Perfil Epidemiológico de las infecciones urinarias de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

<b>Infección Urinaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
No	36	36,7	36,7	36,7
Si	62	63,3	63,3	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 13 Nos muestra las infecciones urinarias de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 63,3% de las gestantes encuestadas si tuvo infección urinaria en su embarazo, seguido de un 36,7% no tuvo infección urinaria en su embarazo.

Gráfica 13. Infecciones urinarias de las gestantes que no se realizan el tamizaje de Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

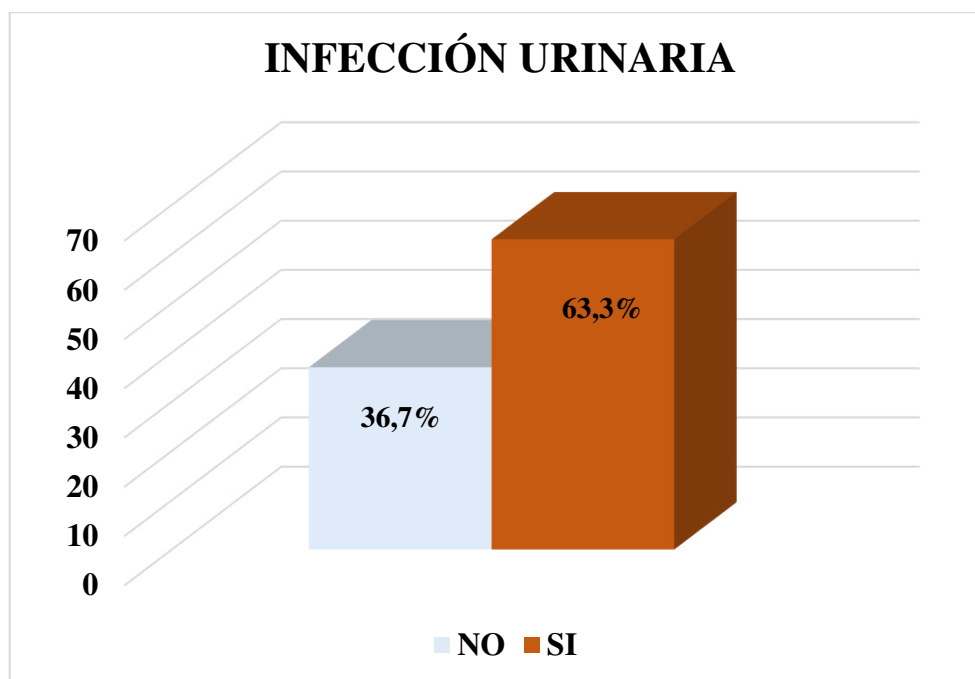


Tabla 14. Perfil Epidemiológico de la anemia de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

<b>Anemia</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Porcentajes válidos</b>	<b>Porcentajes acumulados</b>
No	70	71,4	71,4	71,4
Si	28	28,6	28,6	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 14 Nos muestra la anemia de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 71,4% de las gestantes encuestadas no tuvo anemia en su embarazo, seguido de un 28,6% que si tuvo anemia en su embarazo.

Gráfica 14. Anemia de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

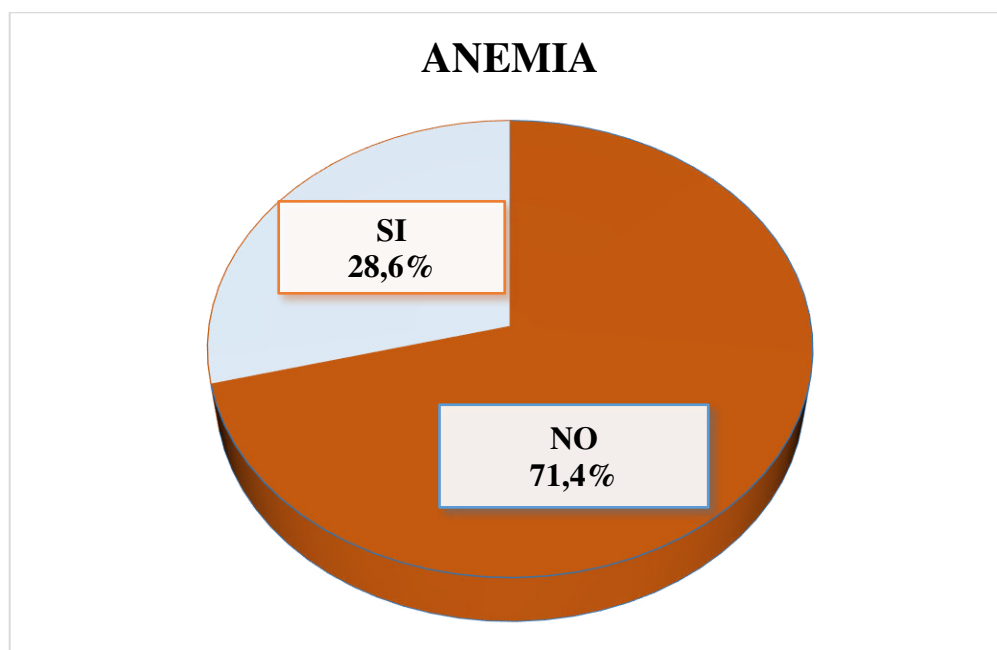


Tabla 15. Perfil Epidemiológico de la pre eclampsia de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

Preeclampsia	Frecuencias	Porcentajes	Porcentajes válidos	Porcentajes acumulados
No	90	91,8	91,8	91,8
Si	8	8,2	8,2	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 15 Nos muestra la pre eclampsia de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 91,8% de las gestantes encuestadas no tuvo pre eclampsia en su embarazo, seguido de un 8,2% que si tuvo pre eclampsia en su embarazo.

Gráfica 15. Preeclampsia de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

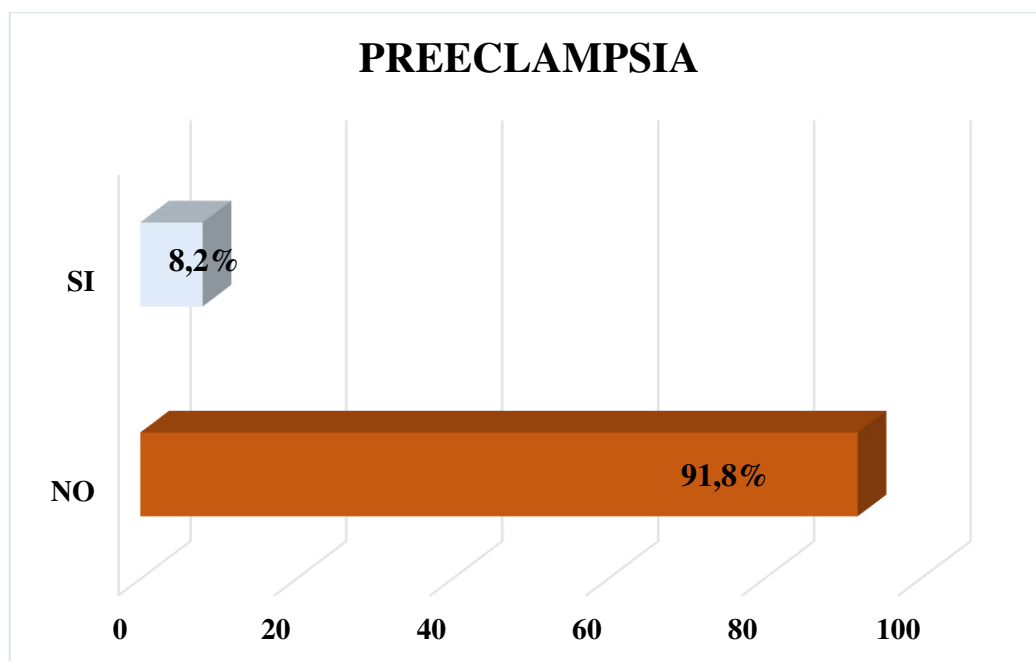


Tabla 16. Perfil Epidemiológico de la amenaza de aborto de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

Amenaza de Aborto	Frecuencias	Porcentajes	Porcentajes Válidos	Porcentajes Acumulados
No	74	75,5	75,5	75,5
Si	24	24,5	24,5	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 16 Nos muestra la amenaza de aborto de las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 75,5% de las gestantes encuestadas no tubo amenaza de aborto en su embarazo, seguido de un 24,5% que si tuvo amenaza de aborto en su embarazo.

Gráfica 16. Amenaza de aborto de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

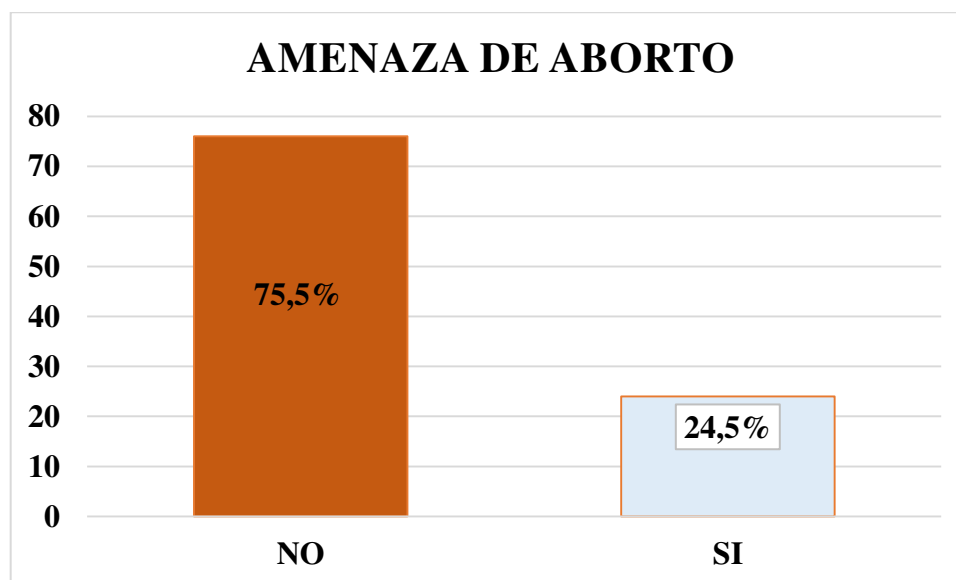


Tabla 17. Perfil Epidemiológico de las causas del VIH de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

Causa del VIH	Frecuencias	Porcentajes	Porcentajes Válidos	Porcentajes Acumulados
Virus	75	76,5	76,5	76,5
Hongos	5	5,1	5,1	81,6
Bacterias	10	10,2	10,2	91,8
Protozoarios	1	1,0	1,0	92,9
Otros	6	6,1	6,1	99,0
Virus y Bacterias	1	1,0	1,0	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 17 Nos menciona que causa el VIH en las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 76,5% de las gestantes encuestadas nos dice que la causa del VIH es por el virus, seguido de un 1% que nos dice que lo causa los protozoario, así también nos mencionan que la causan los virus y bacterias.

Gráfica 17. La causa del VIH en gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

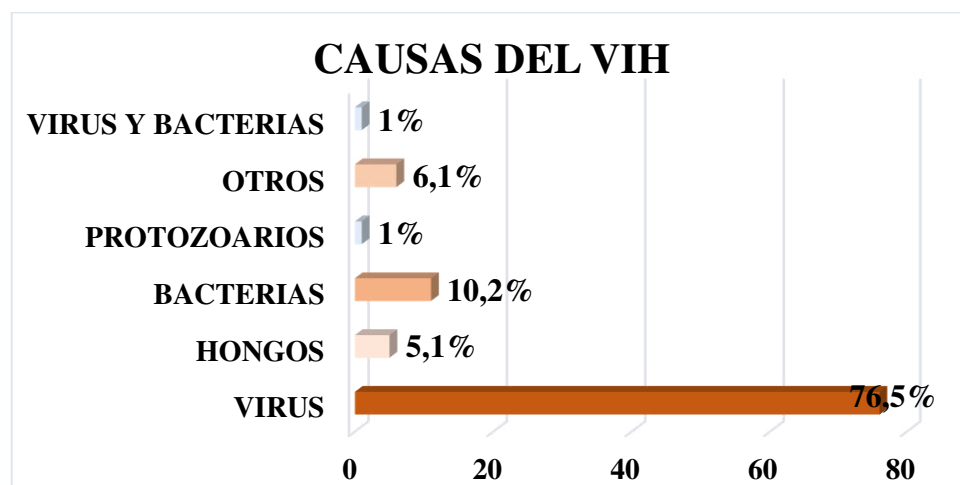


Tabla 18. Perfil Epidemiológico de la transmisión del VIH de la gestante que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

<b>Transmisión del VIH</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Porcentajes Válidos</b>	<b>Porcentajes Acumulados</b>
Relación Sexual	60	61,2	61,2	61,2
Sangre	8	8,2	8,2	69,4
Beso	1	1,0	1,0	70,4
Otros(madre a hijo )	1	1,0	1,0	71,4
Relaciones sexuales y Sangre	24	24,5	24,5	95,9
Relaciones sexuales y Beso	2	2,0	2,0	98,0
Relación , Sangre y Beso	2	2,0	2,0	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 18 Nos menciona la forma de transmisión del VIH en las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 61,2% de las gestantes encuestadas tienen conocimiento que la transmisión de VIH son por relaciones sexuales, seguido un 1% que se transmite por beso y otros (madre a hijo).

Gráfica 18. Transmisión del VIH de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

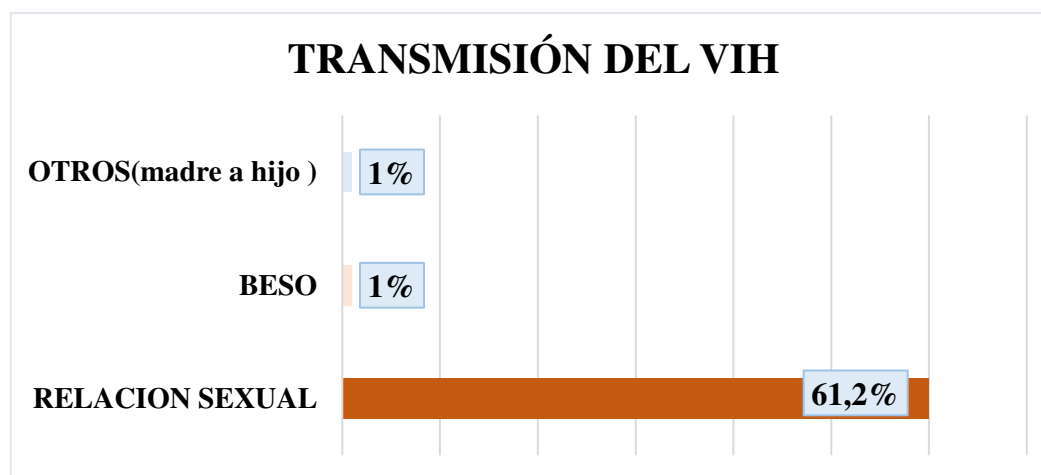


Tabla 19. Perfil Epidemiológico del tamizaje del VIH en el primer trimestre en las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018.

<b>Tamizaje del VIH en el Primer Trimestre</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Porcentajes Válidos</b>	<b>Porcentajes Acumulados</b>
No había reactivo en el centro de salud	2	2,0	2,0	2,0
Se enteró tarde de su embarazo	44	44,9	44,9	46,9
Otros(por sus hijos, por el trabajo)	52	53,1	53,1	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 19 Nos menciona el tamizaje del VIH en el primer trimestres en gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 53,1% de las gestantes encuestadas nos dice que no se realizó el tamizaje de VIH en el primer trimestre por otros motivos (por sus hijos, por el trabajo), seguido de un 44,9 % porque se enteró tarde de su embarazo y el 2 % porque no había reactivo en su centro de salud.

Gráfica 19. Tamizaje del VIH en el primer trimestre en gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

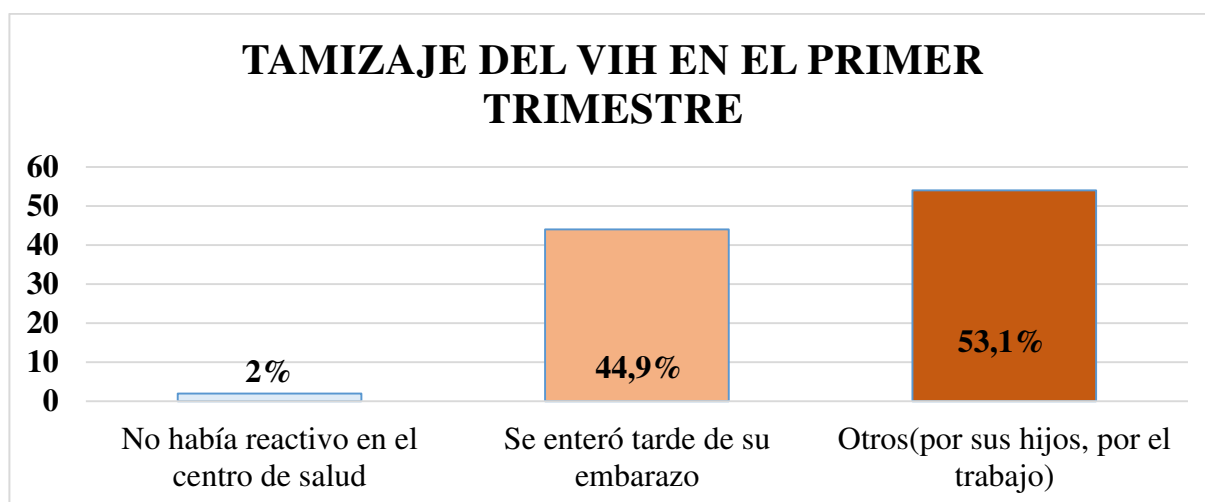




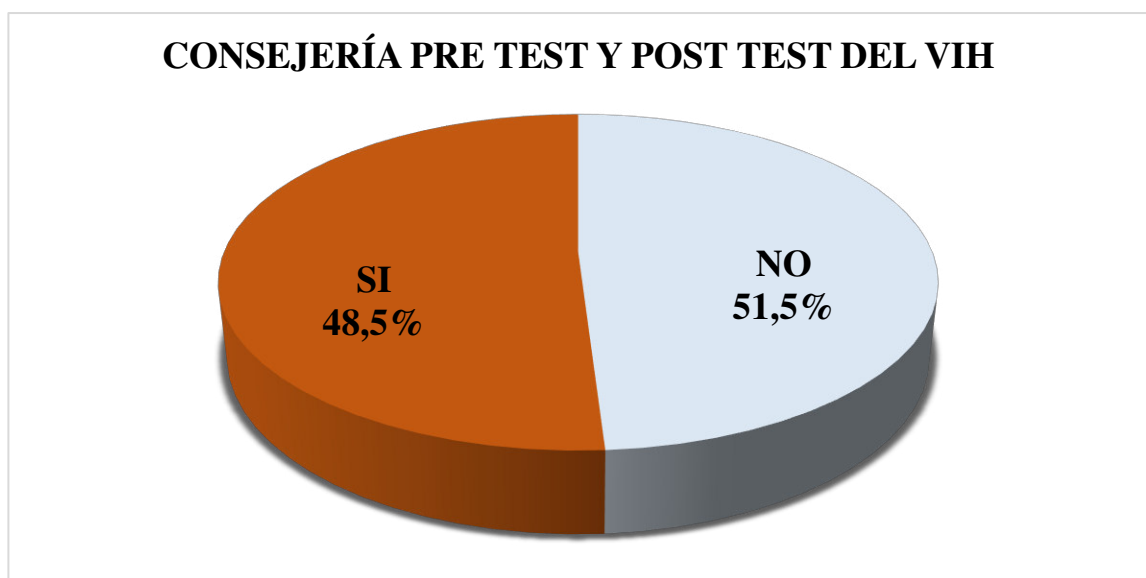
Tabla 20. Perfil Epidemiológico de la consejería Pre test y Post test del VIH de las gestantes que no se realizan el tamizaje del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018

<b>Consejería Pre Test y Post Test del VIH</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
No	50	51,5	51,5	51,5
Si	48	48,5	48,5	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 20 Nos muestra la consejería de VIH Pre test y Post test en las gestantes que no se realizan el tamizaje tempranamente, evidenciándose que el 51,5% de las gestantes encuestadas nos dice que no recibió consejería de VIH, seguido de un 48,5% que si recibió consejería de VIH.

Gráfica 20. Consejería Pre test y Post test de VIH en gestantes que no se realizan el tamizaje de Virus de la Inmunodeficiencia Humana tempranamente, 2018



## 4. DISCUSIONES

De los resultados obtenidos del instrumento empleado relacionándolos con algunos antecedentes revisados por autores vinculados a este tema se tiene lo siguiente:

En primer lugar, en lo que respecta a los datos generales podemos darnos cuenta que el 90,8% corresponden a la edad comprendida entre los 20 a 35 años y el 9,2% eran mayores de 35 años. Según Figueroa H et al, la edad obtenida fue de 17 a 44 años.<sup>(20)</sup> Coincidiendo con el estudio realizado por Reyes V, él 71,9% tenía entre 20 a 35 años de edad.<sup>(25)</sup> En lo referente al estado civil, lo que podemos ver es que el 57,1% de las gestantes encuestadas eran convivientes, el 22,4% eran solteras, el 15,3% eran casadas y el 5,1 % eran divorciadas. En comparación con Reyes V, nos menciona que el 65,6% era conviviente, el 19,2% era casada, el 14,3% era soltera, y el 0,9% tenía otro estado.<sup>(25)</sup> Así también el estudio realizado por Figueroa H et al, nos menciona que el 50 % era casada, 20% tenían unión libre.<sup>(20)</sup> En lo referente a la ocupación de las gestantes, se encontró que el 74,5% de las gestantes encuestadas eran ama de casa ,el 10,2% eran comerciantes, el 9,2% tenían otra ocupación(mototaxistas y cobradoras y el 6,1% eran estudiantes. En comparación con el estudio realizado por Figueroa H et al, se encontró que el 60% eran empleadas.<sup>(20)</sup> Por último el grado de instrucción, se obtuvo que el 58,2% de las gestantes encuestadas tenían secundaria completa, el 31,6% tenían estudios superiores, el 6,1% tenían primaria y el 4,1% eran analfabetas. En comparación con Reyes V, nos menciona que respecto al grado de instrucción, el 57,0% tuvo secundaria completa, el 22,6% tuvo educación superior, 18,7% tuvo primaria completa, el 1,4% no tenían grado de instrucción.<sup>(25)</sup>

En segundo lugar, en lo que respecta a los datos ginecológicos de la gestantes respecto al inicio de las relaciones sexuales, se obtuvo que el 79,6% de las gestantes encuestadas iniciaron sus relaciones sexuales entre las edades comprendidas de 16 a 26 años, el 19,4% habían iniciado sus relaciones sexuales antes de los 16 y el 1% inicio sus relaciones sexuales después de los 26 años. En comparación con Figueroa H et al, nos

mencionas que respecto al inicio de las relaciones sexuales no se encontró en las historias clínicas el cien por ciento de los casos. <sup>(20)</sup> Respecto al número de parejas sexuales, se obtuvo que 41,8% de las gestantes encuestadas tuviera una pareja sexual, el 31,6% tuvo dos parejas sexuales, el 17,3% tuvo tres parejas sexuales y el 9,2% tubo más de tres parejas sexuales. En comparación con Figueroa H et al, nos mencionas que respecto al número de parejas sexuales no se encontró en las historias clínicas el cien por ciento de los casos. <sup>(20)</sup> Respecto a las prácticas sexuales; se obtuvo que 83,7% de las gestantes encuestadas la práctica sexual más frecuente es la vaginal, el 11,2% la práctica sexual más frecuente es la vaginal y oral, el 5,1% la práctica sexual más frecuente es la vaginal, oral y anal. Se puede observar que en lo referente a las prácticas sexuales no se ha podido encontrar datos similares que puedan ser comparados con esta investigación, por lo tanto estos resultados nos muestran un avance en la realización del despistaje del Virus de inmunodeficiencia humana en las gestantes que acudieron al Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto. En lo referente al método anticonceptivo; se obtuvo que el 32,7% de gestantes encuestadas no usan ningún método anticonceptivo, el 25,5 % usan los inyectables, el 17,3 % usan los preservativos, 13,3% usan el método oral, podemos ver que el 4,1% usa el DIU, los inyectables y el método oral, el 2% usa los inyectables y preservativos y el 1% usan el método oral, inyectables y preservativos. Se puede observar que en lo referente al método anticonceptivo no se ha podido encontrar datos similares que puedan ser comparados con esta investigación, por lo tanto estos resultados nos muestran un avance en la realización del despistaje del Virus de inmunodeficiencia humana en las gestantes, cuya motivación de este trabajo es innovar e implementar nuevas técnicas para que las pruebas rápidas de VIH lleguen a todas las gestantes; para así cubrir la brecha que nos queda para lograr un tamizaje temprano en todas las gestantes. En lo referente al uso de preservativo; nos menciona que el 49 % a veces usa preservativo, que el 49% nunca usa preservativo y que el 2% siempre usa preservativo. En comparación con Silva R, nos refiere que el 100% de las gestantes no usaban condón durante el acto sexual con sus esposos. <sup>(24)</sup>

En tercer lugar, en lo que respecta a los datos obstétricos de la gestante respecto al número de embarazo, se puede inferir que el 62,2 % ha tenido de uno a dos embarazos,

que el 28,6% ha tenido de tres a cuatro embarazos y que el 9,2% ha tenido más de cinco embarazos. En comparación con Reyes V, nos menciona que el 45,6% era primigesta, el 30,9% era segundigesta, el 11,2% era tercigesta y el 12,3% tenía de cuarto a más gestaciones <sup>(25)</sup>. En lo referente al trimestre gestacional; se puede inferir que el 76,5 % se encontraba en el III trimestre y que el 23,5% se encontraba en el II trimestre. En comparación con Reyes V, nos refiere que el Trimestre I (0 – 13 semanas) obtuvo un 58,5%, Trimestre II (14 – 27 semanas) obtuvo un 31,5% Trimestre III (28 – 40 semanas) obtuvo un 8,5 %, Sin dato 1,5%.<sup>(25)</sup>. Respecto al número de atenciones prenatales, se obtuvo que el 49 % tuviera más de 5 atenciones prenatales, que el 49% haya tenido menos de 5 atenciones prenatales y que el 2% no tuviera ninguna atención prenatal. En comparación con Reyes V, nos refiere que el 96,5% recibió una visita de atención prenatal, y el 3,4% no recibieron la visita de atención prenatal <sup>(25)</sup>. En lo referente a las infecciones urinarias; se puede inferir que el 63,3 % si tuvo infección urinaria en su embarazo y que el 36,7% no tuvo infección urinaria en su embarazo. En comparación con Silva R, nos refiere que el 34% tuvieron infecciones urinarias <sup>(24)</sup>. En lo referente a la anemia; se puede inferir que el 71,4 % no tuvo anemia en su embarazo y que el 28,6% si tuvo anemia en su embarazo. Según el estudio realizado por Mamani M, nos refiere que el porcentaje de anemia fue (34,80 %). <sup>(23)</sup> En lo referente a la pre eclampsia; se puede inferir que el 91,8 % no tuvo pre eclampsia en su embarazo y que el 8,2% si tuvo pre eclampsia en su embarazo. En comparación con Silva R, nos refiere que la enfermedad hipertensiva obtuvo un 6%.<sup>(24)</sup> En lo referente a la amenaza de aborto; se puede inferir que el 75,5% no tuvo amenaza de aborto en su embarazo y que el 24,5% si tuvo amenaza de aborto en su embarazo. En comparación con Silva R nos refiere que el aborto obtuvo (16%,), amenaza de parto pre término obtuvo (9%). <sup>(24)</sup>

En cuarto lugar , en lo que respecta a los datos de conocimiento de la gestante respecto a la causa del VIH; se puede inferir que el 76,5 % nos refiere que la causa del VIH es por virus, un 10,2 % nos refiere que la causa del VIH son por las bacterias, un 6,1% nos refiere que la causa son otros, un 5,1% nos refiere que la causan del VIH son los hongos y un 1% nos refiere que la causa del VIH son los protozoarios y también los virus con bacterias. En comparación con Silva R, nos refiere que el 35 % de las gestantes no

sabían que era el VIH <sup>(24)</sup>. Respecto a la transmisión del VIH, se puede inferir que el 61,2% tiene conocimiento que se transmite por relaciones sexuales, el 24,5% nos refiere que se transmite por relaciones sexuales y sangre, el 8,2% nos refiere que se transmite por sangre, el 2% nos refiere que se transmite por relaciones sexuales y besos pero también relaciones sexuales, beso y sangre y un 1% que se transmite por beso y otros (madre a hijo). En comparación con el estudio de Reyes V, nos menciona que el 55,3% refiere conocer al menos una manera de transmitir el VIH, el 39,8% nos refiere que la manera de contagio son por las relaciones sexuales y el 21,8% menciona recordar que la vía de transmisión es la vertical (madre-niño), el 9,7% refiere que es una enfermedad peligrosa, que no tiene cura y que puede matar, el 7,8% refiere que la fidelidad es indispensable; el 4,4% refiere que el uso del condón es importante; el 3,4% refiere que se debe de hacer el despistaje del virus de inmunodeficiencia humana; y el 1,5% indicó otras respuestas relacionadas. Es importante ver que 18% no recuerda nada de la consejería brindada. <sup>(25)</sup> Respecto al tamizaje de VIH en el primer trimestre, se puede inferir que el 53,1% no se realizó la prueba de VIH en el primer trimestre por otros motivos (por los hijos, por el trabajo), el 44,9 % porque se enteró tarde de su embarazo y el 2 % porque no había reactivo en su centro. En comparación con Reyes V, nos refirió como motivos: no tenían el dinero suficiente, recién iban a acudir a su primera atención pre natal, no estaban informadas que existía la atención prenatal, no confiaban en los profesionales de la salud, porque viajaron a otra provincia o región, no tenían tiempo para asistir a su atención prenatal. <sup>(25)</sup> Lo referente a si recibió consejería pre test y post test de VIH, se puede inferir que el 48,5% recibió consejería de VIH y que el 51,5% no recibió consejería de VIH. En comparación con el estudio de Reyes V, nos menciona que el 61,1% había recibido consejería pre test y pos test sobre el VIH en su atención pre natal, el 37,7% no había recibido consejería pre test y pos test sobre el VIH en su atención pre natal y el 1,2% no menciona ningún tipo de respuesta sobre si recibió o no consejería. <sup>(25)</sup>

Estos resultados pueden contribuir a que este tema sea abordado con un enfoque integral y con mayor apertura para establecer estrategias con una mejora continua en el servicio. Por último, se considera que este estudio deja la posibilidad de ahondar más en este tema

ya que las gestantes tienen que acudir en el primer trimestre de su embarazo a su control prenatal para que así se le hagan los estudios necesarios y se le dé una consejería integral, para ahondar más en la consejería pre test y pos test de VIH. Si bien, nos hemos podido dar cuenta que las gestantes no se realizan su control en el primer trimestre del embarazo por diversos motivos, por lo general inician un control tardío y por ende el tamizaje de VIH también es tardío, es necesario concientizar a las gestantes y sus familiares para que acudan a sus controles tempranamente o realizar la captación precoz durante las visitas domiciliarias y ahí aprovechar para realizar los tamizajes.

Entre las dificultades encontradas para que las gestantes no acudan a su atención prenatal tempranamente y se les pueda realizar el tamizaje de VIH tempranamente, nos refieren que no tienen tiempo porque cuidan a sus hijos menores y porque trabajan.

## 5. CONCLUSIONES

En base a los 4 fragmentos de los resultados de la investigación, se concluye que:

- El perfil epidemiológico de las gestantes que no se realizan el tamizaje del virus de la inmunodeficiencia humana tempranamente, en los datos de filiación; la edad fluctúa de 20 a 35 años (90,8%), estado civil conviviente (57,1%), ocupación ama de casa (74,5%), nivel de educación secundaria (58,2%).
- El perfil epidemiológico de las gestantes que no se realizan el tamizaje del virus de la inmunodeficiencia humana tempranamente en los datos ginecológicos; inicio de las relaciones sexuales son de 16 a 26 años (79,6%), número de parejas sexuales fue 1 (41,8%), práctica sexuales es la vaginal (83,7%), uso del método anticonceptivo ninguno (32,7%), uso del preservativo hubo un empate entre a veces y nunca (49%).
- El perfil epidemiológico de las gestantes que no se realizan el tamizaje del virus de la inmunodeficiencia humana tempranamente en los datos obstétricos, número de embarazos de 1 a 2 (62,2%), edad gestacional en el III trimestre (76,5 %), atenciones prenatales hubo un empate entre más de 5 atenciones prenatales y menos de 5 atenciones prenatales (49%), infecciones urinarias si tuvieron (63,3%), anemia no tuvieron (71,4%), pre eclampsia no tuvieron (91,8%), amenaza de aborto no tuvieron (75,5%).
- El perfil epidemiológico de las gestantes que no se realizan el tamizaje del virus de la inmunodeficiencia humana tempranamente los datos culturales, la causa del VIH son los virus (76,5%), transmisión del VIH es por relaciones sexuales (61,2%), realización del tamizaje del VIH en el primer trimestres no se realizaron (53,1%), consejería pre test y pos test del VIH no recibieron (51,5%).

## 6. RECOMENDACIONES

- ❖ Realizar más investigaciones donde se analice el perfil epidemiológico de las gestantes que no tienen el tamizaje del virus de la inmunodeficiencia humana. Con la finalidad de tener más datos del real problema de la comunidad e impulsará a actuar de manera estratégica en el centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto.
- ❖ El profesional de salud debe realizar visitas domiciliarias, para brindar consejería a las gestantes y al entorno que la rodea, para que asuman la necesidad, responsabilidad de acudir a las atenciones prenatales de manera oportuna ya que contarán con el apoyo de sus familiares.
- ❖ El Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto debe Realizar campañas de despistaje de VIH al público en general de manera permanente, para poder captar a las gestantes en el primer trimestre de su embarazo, así mismo comunicarles que estas pruebas son gratuitas para todos tengan o no tengan Seguro Integral de Salud (SIS).
- ❖ Los profesionales de salud deben tener en cuenta la retroalimentación en la consejería de infecciones de transmisión sexual en especial cuando se toque el tema de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de forma didáctica, haciendo uso de diversos materiales audio-visuales (videos, películas) y las redes sociales que tiene mayor acogida por la población, en un adecuado tiempo de duración para lograr la participación, conocimiento de la gravedad de la infección, por las gestantes y ellas puedan difundir la información a sus familiares y su comunidad.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017. Hoja informativa. ONICIDA, Estadística; 2017.
2. VIH/sida. Hoja informativa. OMS, Ciencias de la salud; 2018.
3. OMS. [Online]; 2017 [cited 2017 November. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>.
4. ONUCIDA. Copyright © 2018 UNAIDS. [Online]; 2108. Available from: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>.
5. Pérez H. Más de mil casos nuevos de VIH se detectaron solo en Lima. El Comercio. 2018 Junio: p. 7.
6. Valenzuela C. El 73% de pacientes con VIH en Perú está en Lima y Callao. Perú21. 2018 Agosto: p. 1.
7. ANEXO DEL DECRETO SUPREMO 035-2015-SA.pdf. Documento Técnico Plan Estratégico Multisectorial de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA Pen 2015 - 2019. 2015-2019; [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO\\_DEL\\_DECRETO\\_SUPREMO\\_035-2015-SA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_DEL_DECRETO_SUPREMO_035-2015-SA.pdf) (75).
8. OMS. Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. ; 2017.Report No.:8 <http://www.who.int/features/qa/71/es/>.

9. Infored SIDA, [Online]. 24 de Julio de 2014 Available from:  
[http://www.aidsinfonet.org/fact\\_sheets/view/101?lang=spa](http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/101?lang=spa)
10. Perú MdSd. Frente al VIH /SIDA, Es mejor saber. [Online]. 2014 [cited Perú. Available from:  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/sanitosvih/index.html>.
11. Perú MdSd. El VIH tiene tratamiento. [Online]. 2015. Available from:  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/index.asp?op=2>.
12. INSPIRATION. Prueba del sida. [Online]. 2018 [cited SALUD. Available from: <https://www.inspiration.org/salud/sida/prueba-del-sida>.
13. Hernández T, León J, Varela T. Guía para la aplicación de la prueba rápida, [Online]. 2015, Available from:  
(<http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/Guiapruebasrapidas.pdf>).
14. PINEDO C. Pruebas Rápidas. 2015 Perú; 15.
15. BIZKAISIDA. Prueba VIH y diagnóstico precoz. ; Centro de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH, [Online]. 2016  
(<http://www.bizkaisida.com/vih/prueba-vih-y-diagnostico-precoz/>).
16. Retana C. Pruebas para la detección del VIH. GEOSALUD. 2018 AGOSTO;(<https://www.geosalud.com/vih-sida/prueba-deteccion-vih.htm>).

17. SALUD MD. Manejo de los pacientes adultos con infección por VIH. ; 2016 ([http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/argentina\\_art.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/argentina_art.pdf?ua=1)).
18. Vásquez B. Epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el primer semestre del 2015 en la provincia de Cotopaxi. Ambato-Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
19. Mbachu II, Udigwe G, et al. La evaluación de la precisión del algoritmo de prueba rápida de VIH en serie en el diagnóstico de anticuerpos contra el VIH en mujeres embarazadas en el sureste de Nigeria. Tesis. Nigeria.: BioMed Central; 2015.
20. Hernández F, Uriostegui E, Delgado Q. Detección de VIH mediante. México: Instituto Mexicano del Seguro, Especialización en Medicina Familiar; 2014.
21. Mamani M (PERÚ, 2017) Complicaciones en pacientes embarazadas Portadoras del Virus del VIH - SIDA atendidas en el Hospital María Auxiliadora de Septiembre del 2012 a diciembre del 2016, Tacna – Perú 2017
22. Silva R. complicaciones obstétricas en gestantes portadoras del virus de inmunodeficiencia humana Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2012 – 2014, Lima – Perú 2015, paginas 89, disponible en [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2614/1/SILVA\\_JA.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2614/1/SILVA_JA.pdf)
23. Reyes V. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud. Perú: UNMSM, Facultad de Medicina Humana; 2014.

24. SALUDACTUAL. Despistaje. [Online]; 2018. Available from: <https://www.saludactual.cl/definicion-significado-despistaje.php>.
25. ARIAS A. ¿Qué son y por qué se hacen las pruebas de tamizaje? [Online]. 2015. Available from: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15693618>.
26. NTS N° -MINSA/DGIESP V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, 21 de julio del 2016, disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>.
27. Retana C. Período de ventana. [Online]. 2018. Available from: <https://www.geosalud.com/vih-sida/periodo-de-ventana-vih.html>.
28. Salud md. sistema de atención para la disminución de la transmisión vertical del VIH y alimentación del hijo de madre que vive con el VIH. [Online].2013
29. Alvaro W. EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y EL ANALISIS DE SITUACION DEL PAIS, CAPITULO 16, página 1,2015.
30. Ramirez J,Lifeder.com, ¿Qué son las Variables Dependiente e Independiente? (Ejemplos),2017
31. RAE, disponible en <http://recursosdidacticos.es/goodrae/definicion.php?palabra=Conocimiento>.

## 8. ANEXOS

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	65
III. INSTRUMENTOS.....	66
IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	69
V. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	70

## I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo	Escala	Fuente	ítems	codificación
Perfil Epidemiológico de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente	Son las características epidemiológicas más importantes que se obtendrán a partir de una encuesta	Datos generales	Edad	Cuantitativo	Ordinal	Encuesta	1	a) <20años(1) b) 20-35años(2) c) > 35 años(3)
			Estado civil	Cualitativo	Nominal		2	a) Soltero (1) b) Casado(2) c) divorciado(3) d) conviviente (4)
			Ocupación	Cualitativo	Nominal		3	a) Ama de casa(1) b) Comerciante(2) c) Estudiante(3) d) Otros(1)
			Nivel educativo	Cualitativo	Nominal		4	a) analfabeta (1) b) primaria (2) c) secundaria(3)

								d) superior(4)
		Ginecológicos	Inicio de relaciones sexuales	Cualitativo	Ordinal	Encuesta	5	a) < 16 años (1) b) 16 – 26 años(2) c) > 26 años (3)
			Número de pareja sexual	Cuantitativo	Ordinal		6	a) 1(1) b) 2(2) c) 3(3) d) Más de 3(4)
			Prácticas sexuales	Cualitativo	Nominal		7	a)vaginal(1) b)vaginal-oral(2) c)vaginal-anal-oral(3)
			Método Anticonceptivo (MAC)	Cualitativo	Nominal		8	a) Oral(1) b) Inyectable(2) c) T de cobre(3) d) preservativo(4) e) ninguno(5)
			Uso de preservativo	Cualitativo	Nominal		9	a) siempre(1) b) a veces(2) c) nunca(3)

		Obstétricos	Número de embarazos	Cualitativo	Ordinal	Encuesta	10	a)1 a 2(1) b)3 a 4(2) c)> 5(3)
			Edad gestacional	Cualitativo	Ordinal		11	a)1-12 semanas(1) b)13 a 16 semanas(2) c)27 a final(3)
			Atención prenatal	Cualitativo	Ordinal		12	a)< 5 controles(1) b)> 5 controles (2) c)ninguno(3)
			Infección urinaria	Cualitativo	Nominal		13	a) no(0) b) si(1)
			Anemia	Cualitativo	Nominal		14	a) no(0) b) si(1)
			Preeclampsia	Cualitativo	Nominal		15	a) no(0) b) si(1)
			Amenaza de aborto	Cualitativo	Nominal		16	a) no(0) b) si(1)
		Conocimiento	Conocimiento sobre agente causal	Cualitativo	Nominal	Encuesta	17	a)virus(1) b)hongos(2) c)bacterias(3)



								d)protozoarios(4) e)otros(5)
			Conocimiento sobre transmisión	Cualitativo	Nominal		18	a)relaciones sexuales(1) b)sangre(2) c)besos(3) d)otros(4)
			Recibió consejería Pre y post test e VIH	Cualitativo	Nominal		19	a) no(0) b) si(1)
			Motivos por el cual no se realizó el tamizaje de VIH	Cualitativo	Nominal		20	a)no me dejó esposo(1) b)por carro(2) c)en el centro no había(3) d)se enteró tarde de su embarazo(4) e)otro(5)

## II.CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción. La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tiene entre sus funciones la creación de conocimientos, la extensión universitaria y la proyección social. La presente investigación intenta determinar Perfil epidemiológico de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente, hasta la actualidad se cuenta con información de VIH pero no con precisión del Perfil epidemiológico de la gestante que no se realiza el tamizaje de VIH tempranamente.

Riesgos y beneficios. La presente investigación es no experimental, por lo que no se pretende daño alguno por administración de fármacos o procedimientos médicos.

Confidencialidad. La información a recolectar, será confidencial, es decir, la información estará contendía en este documento de consentimiento informado, pero en los formularios se manejarán mediante códigos (ID). Solamente el investigador principal tendrá acceso a la información de identificación de las gestantes.

Incentivos. Usted por participar en esta investigación no recibirá ninguna retribución económica, más bien pensamos que será muy útil para así concientizar a las gestante que se deben realizar su tamizaje de VIH en la primeras semanas de gestación.

Derechos. La negativa a no participar no acarreará penalidades, ni a sus familiares, ni se penalizará. La información se empleará para publicaciones científicas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cualquier otro uso de los datos, tendrá que ser adecuadamente comunicada a cada gestante o en su defecto tener aprobación por un Comité de ética o por pedido de juez. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Derly Mishell Calero Pretell.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

-----  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

-----  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

### III. INSTRUMENTOS

Perfil epidemiológico de la gestante que no se realiza el tamizaje del VIH tempranamente en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto en el año 2018

El presente cuestionario trata de conocer cuál es el Perfil epidemiológico de la gestante que no realiza el tamizaje de VIH tempranamente. Este estudio está realizado con el objetivo de estudiar el perfil epidemiológico de la gestante que no realiza el tamizaje de VIH tempranamente. Es confidencial y No es evaluada. Gracias por participar.

#### DATOS GENERALES

1.- ¿Qué edad tiene usted actualmente?

- a) Menor de 20 años                      b) 20 – 35 años                      c) Mayor de 35 años

2. ¿Qué Estado Civil tiene?

- a) Soltera                      b) Casada                      C) Divorciada                      d) conviviente

3. ¿Qué Ocupación tiene?

- a) Ama de casa                      b) comerciante                      c) estudiante                      d) otro

4.- ¿Cuál es su nivel de educación?

- a) Analfabeta                      b) primaria                      c) secundaria                      d) superior

#### ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

5. ¿A qué edad inicio su vida Sexual?

- a) Menor de 16                      b) 16 – 26                      c) Mayor de 26

6. ¿Cuántas parejas sexuales a tenido?

- a)1                      b)2                      c)3                      d) más de 3

7. Prácticas Sexuales:

- a) Vaginal                      b) vaginal-oral                      c) vaginal-oral-anal

8. Método anticonceptivo usado:

- a) Orales              b) inyectables              c) DIU              d) preservativo              e) ninguno

9.- ¿Usa preservativos?

- a) Siempre                      b) a veces                      c) nunca

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

10.- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a) 1 a 2                                      b) 3 a 4                                      c) >5

EMBARAZO ACTUAL

11. Trimestre gestacional:

- a) I trimestre (1-12semanas)    b) II trimestre (13-26semanas)    c) III trimestre (27-final)

12.- ¿Cuánto atenciones prenatales se realizó durante el embarazo?

- a) Menores 5 atenciones prenatales    b) mayores 5 atenciones prenatales    c) ninguno

13.- ¿Ha tenido Infección de Vías Urinarias en su embarazo?

- a) Si                      b) no

14. ¿Ha tenido anemia en su embarazo?

- a) Si                      b) no

15. ¿Ha tenido pre eclampsia en su embarazo?

- a) Si                      b) no

16. ¿Ha tenido amenaza de aborto en su embarazo?

- a) Si                      b) no

## CONOCIMIENTO

17. ¿El VIH es causado por?

- a) Virus                      b) hongos                      c) bacterias                      d) protozoarios                      e) otros

18. ¿Sabes cómo se transmite el VIH?

- a) Relación sexual                      b) sangre                      c) besos                      d) otros

19. ¿Porque no se realizó el tamizaje de VIH en los primeros meses del embarazo?

- a) No le dejo su esposo                      b) es costoso                      c) no había reactivo en el centro de salud                      d) se enteró tarde de su embarazo                      e) otros

20. ¿Recibió consejería pre test y post test por parte del personal de salud?

- a) Si                      b) no

## IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

### VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL

Se ha considerado lo siguiente:

1 (SI) = De acuerdo

0 (NO) = En desacuerdo

N° de Criterios	N° JUEZ				N° de acuerdos
	Experto N° 1	Experto N° 2	Experto N° 3	Experto N° 4	
1	1	1	1	1	4
2	1	1	1	1	4
3	1	1	1	1	4
4	1	1	1	1	4
5	1	1	1	1	4
6	1	1	1	1	4
7	1	1	1	1	4
8	1	1	1	1	4
9	1	1	1	1	4
10	1	1	1	1	4
11	1	1	1	1	4
12	1	1	1	1	4
13	1	1	1	1	4
14	1	1	1	1	4
15	1	1	1	1	4
16	1	1	1	1	4
17	1	1	1	1	4
18	1	1	1	1	4
19	1	1	1	1	4
20	1	1	1	1	4
TOTAL	20	20	20	20	80

Prueba de concordancia entre jueces:

$b = \frac{T_a \times 100\%}{T_a + T_d}$	Dónde: b : Grado de concordancia entre jueces Ta: N° total de acuerdos Td: N° total de desacuerdos
--	---

Reemplazamos por los valores obtenidos:  $b = 80 \times 100\% / 80 = 100\% = 1$

Como resultado obtenido tenemos que el grado de concordancia es significativo, observándose que existe concordancia entre los jueces expertos.

## V. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es el Perfil Epidemiológico de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto en el año 2018?</p> <p>Problemas Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los datos generales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente?</li> <li>• ¿Cuáles son los datos ginecológicos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente?</li> </ul>	<p>Objetivo General</p> <p>*Establecer el Perfil Epidemiológico de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto en el año 2018</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>*Describir los datos generales de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Perfil Epidemiológico de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente</p> <p>Variables independientes:</p> <p>*Datos generales: Edad, Estado civil, Ocupación, Nivel educativo</p> <p>*Ginecológicos: Inicio de relaciones sexuales, Número de pareja sexual, Prácticas sexuales, Método anticonceptivo, Uso de preservativo.</p> <p>*Obstétricos: Número de embarazos, trimestre gestacional, Atención</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION:</p> <p>observacional no experimental , Descriptivo y transversal</p> <p>POBLACION:</p> <p>Son todas las gestantes que acuden al centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto, Mayo a julio 2018.</p> <p>TAMAÑO MUESTRAL:</p> <p>131 gestantes que acuden al centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los datos obstétricos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente?</li> <li>• ¿Cuáles son los datos de conocimiento de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente?</li> </ul>	<p>*Identificar los datos ginecológicos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente</p> <p>*Describir los datos obstétricos de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente</p> <p>*Identificar los datos de conocimiento de las gestantes que no se realizan el tamizaje del VIH tempranamente.</p>	<p>prenatal, Infección urinaria, Anemia, Preeclampsia, Amenaza de aborto.</p> <p>*Conocimiento: Conocimiento sobre el agente causal, Conocimiento sobre transmisión, Motivos por el cual no se realizó el tamizaje de VIH, Recibió consejería Pre y Post test e VIH.</p>	<p><b>TIPO DE MUESTREO:</b></p> <p>Probabilístico aleatorio simple, puesto que se usará una formula estadística para el cálculo de la muestra</p> $n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$ <p><b>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:</b></p> <p>Encuesta</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <p>Cuestionario</p> <p><b>VALIDACION:</b></p> <p>Juicio de experto</p>
--	--	--	--